

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 43

DES RUPTURES SPONTANÉES
DU
SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS
DANS LE *PLACENTA PRÆVIA*
ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine CHRISTOPHE

Né le 23 janvier 1883, à Roanne (Loire),



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1910



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 43

DES RUPTURES SPONTANÉES
DU
SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS
DANS LE *PLACENTA PRÆVIA*
ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine CHRISTOPHE

Né le 23 janvier 1883, à Roanne (Loire),



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	X...
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire.	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLONG
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, <i>agré</i>
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND, <i>ag.</i>
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LÉPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	LATARGET, <i>ch...</i>
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	BÉRIEL, <i>ch...</i>
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	BRETIN, <i>ch...</i>
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	THEVENOT, <i>ch...</i>
TIXIEF	PATEL		

M. BAYLE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, *Président*; VORON, *Assesseur*,
MM. LAROYENNE et THEVENOT, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

A MA CHÈRE SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

*Nous le remercions de l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant de présider
notre thèse.*

INTRODUCTION

Si les ruptures utérines en général se rangent parmi les complications les plus graves de l'obstétrique, il en est cependant de certaines qui affectent une allure plus dramatique et offrent un pronostic encore plus sombre : ce sont les ruptures du segment inférieur dans les cas de *placenta prævia*.

Et ce sont ces ruptures, leur tableau clinique et leur traitement que nous nous proposons d'étudier dans notre thèse.

Mais avant d'entrer dans le détail de ce travail dont le sujet nous a été inspiré par M. le professeur agrégé Voron, nous tenons à témoigner à ce dernier de nos sentiments de gratitude et de reconnaissance.

Nous ne saurons oublier en effet toute la bienveillance qu'il nous a portée dans le courant de nos études médicales. Nous ne saurons oublier non plus que nous devons à son enseignement la plus grande partie de nos connaissances en obstétrique.

Et nous lui en présentons aujourd'hui nos plus sincères et respectueux remerciements.

DES RUPTURES SPONTANÉES
DU
SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS
DANS LE *PLACENTA PRÆVIA*
ET DE LEUR TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS

L'étude des ruptures utérines constituant l'un des principaux chapitres de la pathologie de l'accouchement, nombreux sont les auteurs qui se sont occupés de cette question. Cependant, parmi tous ceux qui ont étudié ces accidents, s'est-on, en général, assez peu préoccupé du rôle que pouvait jouer l'insertion vicieuse du placenta, tant au point de vue des troubles apportés dans la structure de l'utérus, que des déchirures dues à cette insertion et à ces troubles amenés dans la structure des parois utérines.

Et c'est là le travail que nous nous sommes proposé d'exécuter, afin de jeter, autant du moins qu'il se pourra, quelque clarté sur la question.

Immédiatement nous sommes amené à délimiter exactement notre sujet.

Et d'abord, les ruptures dont nous nous occupons, intéressent le segment inférieur, c'est-à-dire cette partie de l'utérus comprise entre le col et l'anneau de Bandl.

D'autre part, il s'agit des ruptures se produisant dans les cas de *placenta prævia*, c'est-à-dire lorsque le placenta s'insère en tout ou en partie sur ce segment inférieur.

D'après MM. Voron et Gonnet (*Bulletin de la Société d'Obstétrique*, mars 1909, p. 141), ces faits de rupture interne du segment dans le *placenta prævia* ne sont pas très fréquents. En huit ans, ces auteurs ont pu en réunir dix-huit cas. La plupart succèdent à des accouchements spontanés ou à des manœuvres de Braxton-Hicks faciles.

Parmi les autres caractères généraux de ces ruptures que nous pouvons citer dès maintenant, nous trouvons la spontanéité : ces accidents qui ne se produisent jamais pendant la grossesse, mais toujours au moment de l'accouchement, se produisent spontanément, et dans les observations, l'on n'a pu relever aucune manœuvre de force qui pût les expliquer.

Elles tirent leur cause du sujet lui-même, lequel présente un état pathologique de l'utérus, et elles semblent bien être amenées par le simple passage du fœtus dans le canal cervico-segmentaire.

En outre, ces déchirures sont insidieuses et se produisent sans grand fracas. Ce n'est que par l'examen ultérieur de la malade que l'on est amené à y songer et à les découvrir. •

Enfin elles sont graves, et nous verrons par la suite à quel point cet accident est redoutable.

OBSERVATIONS

Nous publions ici quelques observations dont les plus importantes ont été recueillies à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Elles trouvent leur place ici, car elles correspondent parfaitement au type clinique que nous nous proposons d'étudier. Il est donc bon d'en avoir pris connaissance avant d'entrer dans le détail de cette étude, car elles en éclairent l'exposé d'une façon toute particulière, et contribuent pour ainsi dire à l'illustrer.

OBSERVATION I

(Maternité de l'Hôtel-Dieu.)

Mme ..., trente-huit ans, a eu sept enfants. Les accouchements se sont tous faits spontanément, on n'a jamais eu à pratiquer la moindre intervention, le col ne présente aucune lésion cicatricielle, reliquat de quelque traumatisme ou déchirure ancienne appréciable. Pas plus que dans les antécédents obstétricaux, on ne relève quelque chose dans les antécédents généraux.

10 février. — La malade étant à huit mois et demi de sa huitième grossesse, est prise brusquement, la nuit, d'une hémorragie que l'on peut évaluer à 600 grammes environ, d'après ce qu'elle raconte, et en faisant la part des exagérations ordinaires en pareille matière. Une sage-femme

appelée fait un tamponnement, et dès le matin, fait expédier la femme à l'Hôtel-Dieu.

Elle entre vers 9 heures. On enlève le tamponnement et l'hémorragie se reproduisant, on essaie de faire la rupture et la dilacération des membranes. Le col est dilaté à 2 francs environ ; mais on s'aperçoit, par le toucher profond, qu'il s'agit d'un placenta central ; nulle part, en faisant le tour du col, on ne trouve un passage par où les membranes seraient accessibles. Devant cette situation, on se décide à faire tout de suite le Braxton-Hicks. Cette manœuvre se fait très aisément sans le moindre déploiement de force, et le pied est amené à la vulve. L'hémorragie s'arrête aussitôt ; la malade, pendant cette rapide intervention, a perdu 300 grammes de sang.

Au bout de deux heures surviennent des douleurs violentes, le pied descend, et sous l'influence d'une contraction utérine plus forte, le siège, très brusquement, franchit le col et arrive dans l'excavation.

A ce moment précis, la malade qui, malgré les pertes de sang considérables subies depuis le matin, présentait un état général à peu près satisfaisant change brusquement de facies, le pouls devient incomptable et n'est bientôt presque plus perceptible, bref, c'est le tableau d'un état syncopal, à début brusque et d'allure très inquiétante.

On termine alors rapidement l'accouchement, mais dans ce col très souple et complètement dilaté de grande multipare, les diverses manœuvres nécessaires pour terminer l'extraction du fœtus se font avec une très grande facilité et ne nécessitent pas la moindre manœuvre de force ; l'abaissement des bras notamment et le Mauriceau se font avec la plus grande facilité.

On fait ensuite la délivrance artificielle : celle-ci une fois pratiquée, l'utérus revient sur lui-même, ne présente pas d'inertie, mais il se produit à la vulve un écoulement sanguin peu abondant, mais continu et impossible à arrêter, tandis que l'état syncopal persiste en s'aggravant.

Au bout de peu de temps, un toucher permet de reconnaître que cette hémorragie est due à une petite déchirure du segment inférieur que l'on sent à droite ne se prolongeant pas jusqu'au péritoine.

Immédiatement on fait le tamponnement serré de la déchirure et on se relaie auprès de la malade pour assurer une compression continue.

On prolonge cette manœuvre une demi-heure environ ; mais devant le peu de résultats obtenus, et le tamponnement s'imbibant de sang, on décide une hystérectomie qui est pratiquée d'urgence très rapidement. On trouve alors un épanchement considérable sous-péritonéal qui a distendu le ligament large droit et fusé jusqu'à la région lombaire. Le péritoine n'a pas été intéressé par la déchirure utérine.

La lésion du segment inférieur est peu nette sur l'utérus enlevé, car un coup de ciseau a été donné au cours de l'hystérectomie au niveau de la rupture. On voit cependant qu'il s'agit d'une déchirure de 4 centimètres environ de hauteur, de forme triangulaire à base dirigée sur le col qu'elle intéresse et à sommet se prolongeant sur le segment inférieur.

La malade, déjà trop anémiée, mourut presque immédiatement après l'opération, bien que celle-ci eût été faite très rapidement.

L'enfant, naturellement, avait déjà succombé avant la terminaison même de l'accouchement.

OBSERVATION II

(Maternité de l'Hôtel-Dieu.)

Tertipare, vingt-trois ans, les deux premiers accouchements n'ont présenté aucun incident.

25 février 1909. — La grossesse étant d'environ huit mois et demi, brusquement, vers 5 heures du soir, la malade est prise d'une hémorragie très abondante,

Toute la grossesse s'était écoulée sans accident pathologique, sans hémorragie.

Une sage-femme appelée, devant l'abondance de l'hémorragie, fait transporter immédiatement la malade à l'Hôtel-Dieu sans essayer aucun traitement.

A son arrivée à la Maternité, vers 7 h. 3/4, la parturiente est dans un état d'anémie très accentué.

Vers 8 heures, un quart d'heure environ après son arrivée, l'interne du service pratique une rupture artificielle des membranes et va à la recherche d'un pied qu'il abaisse facilement dans le vagin à travers un col perméable à deux doigts. La manœuvre de Braxton-Hicks est effectuée très facilement sans force, le placenta est inséré sur la face postérieure du segment, une petite languette seule déborde le bord du col.

La contraction utérine douloureuse, qui n'existait pas auparavant, apparaît presque aussitôt, et, en deux contractions très fortes, le siège franchit le col et le fœtus est expulsé au dehors : il est 8 h. 14.

Le placenta suit immédiatement l'enfant.

L'enfant vivant pèse 2.100 grammes, le placenta 600 grammes. On fait une injection de sérum, de la caféine, de l'éther.

Une injection iodée intra-utérine est pratiquée.

La malade est observée et l'on constate qu'un suintement sanguin continu persiste malgré des contractions utérines nettes.

Après un quart d'heure, l'interne inquiet fait un toucher qui lui fait trouver la déchirure du segment.

Il tamponne le segment et fait appeler le chirurgien et l'accoucheur de garde.

A 9 heures, le tampon est enlevé : il est assez fortement imbibé de sang et quelques caillots peu volumineux s'écoulent à la suite.

Au toucher : le col est étalé derrière la symphyse, la lèvre postérieure a disparu ; trois doigts pénètrent dans

une large effraction du col, du segment inférieur, et remontent très haut en arrière et à droite vers le ligament large droit.

Une hystérectomie abdominale totale est rapidement pratiquée par M. Patel, sans incidents.

Mais la malade, anémiée à l'extrême, ne peut supporter les frais d'une telle opération et meurt quelques instants après.

Examen de l'utérus enlevé. — Ce qui frappe aussitôt à l'examen de l'utérus enlevé, c'est l'étendue de la déchirure qui mesure au moins 12 centimètres.

Elle commence sur la face postérieure du col tout près du bord droit. De là, elle gagne le bord droit, puis, sur 3 centimètres, empiète sur la face postérieure du corps de l'utérus.

Le péritoine était intact, l'inondation sous-péritonéale peu marquée.

L'insertion placentaire est nettement sur la face postérieure de l'utérus.

Si l'on examine d'un peu près les bords de la déchirure, on voit qu'ils sont sur le col et le corps épais et résistants. Mais au niveau du segment, sur la lèvre postérieure de la rupture, il y a une zone nettement amincie qui n'a guère que 5 à 6 millimètres d'épaisseur; cette zone se continue sur la face postérieure du segment : la face antérieure, au contraire, est beaucoup plus résistante.

OBSERVATION III

(Maternité de l'Hôtel-Dieu)

J...., vingt-cinq ans, secundipare. N'a jamais eu de fausse couche.

13 novembre 1909. — Le palper est presque impossible; la tête semble en bas.

15 décembre 1909. — La malade entre dans le service;

elle a de légères douleurs. La palpation est très difficile. On fait, après hésitation, le diagnostic de présentation du sommet. La femme, n'ayant plus de douleurs, rentre chez elle.

19 décembre 1909. — Elle entre de nouveau dans le service.

A dix heures du matin :

Elle a eu ce matin à neuf heures une hémorragie ; elle n'a pas fait les eaux. Légères douleurs. Les bruits du cœur du fœtus vont bien.

A dix heures et demie :

Examen sous anesthésie au chloroforme. Le col est dilaté à cinquante centimes, non effacé, dur, rigide. *Placenta prævia* central. Le col, très dur, ne se laisse pas dilater : on introduit avec peine la pulpe de l'index ; on parvient cependant à rompre la poche des eaux. Pendant l'anesthésie, asphyxie bleue ; on pratique la respiration artificielle et des tractions rythmées de la langue. Les tractions de la langue déterminent des hémorragies gingivales et buccales. Les flagellations de la figure avec des compresses déterminent des ecchymoses et des infiltrations sanguines sous la paupière supérieure. On n'entend plus les bruits du cœur du fœtus.

A onze heures :

Nouvel examen sous anesthésie à l'éther. On dilate un peu le col. On introduit trois doigts dans la cavité utérine. On pratique la manœuvre de Braxton-Hicks : on va chercher un pied, que l'on amène à la vulve ; le siège tamponne le placenta et l'hémorragie s'arrête.

Sur le côté droit du col, il existe une déchirure qui ne se prolonge pas sur le segment inférieur.

A onze heures dix :

Accouchement spontané du siège.

Par le toucher, on perçoit le col qui est très tendu et bride la présentation.

Perforation de l'occiput avec les ciseaux de Blot ; issue

d'une petite quantité de matière cérébrale, ce qui facilite la sortie de la tête.

Immédiatement après, délivrance artificielle. Le toucher fait constater, sur le côté droit, une déchirure du col, et, sur le côté gauche, une vaste cavité dans laquelle on peut introduire le poing : cavité qui correspond à une déchirure du segment inférieur. Il se produit une hémorragie. On fait alors un tamponnement provisoire avec des mèches.

A midi :

On fait une laparotomie et on pratique une hystérectomie subtotale.

Sur le côté gauche de l'utérus existe une infiltration sanguine sous-péritonéale. Il n'y a rien du côté droit.

Après l'ablation de l'utérus, il se produit une hémorrhagie en nappe de la région du col et de la tranche vaginale. On fait alors un tamponnement avec deux mèches, et on laisse trois pinces en demeure.

La malade succombe à la fin de l'opération.

Nous faisons quelques réserves pour les deux observations qui suivent, car elles ne correspondent pas exactement au type clinique que nous étudions. Dans la première, en effet, il s'agit d'une femme syphilitique et hémophile chez laquelle il n'y eut pas déchirure, à proprement parler, mais dont l'hémophilie et les éraillures du segment tendaient bien à prouver la friabilité anormale de ce dernier. Quant à la seconde, elle a trait à une rupture qui ne succéda pas à un accouchement spontané ou à une manœuvre de Braxton-Hicks, mais à une version, au cours de laquelle il fut nécessaire d'exercer quelques tractions plus ou moins violentes

OBSERVATION IV

(In *Lyon médical*, p. 187, 30 juillet 1905).

Agée de vingt-deux ans, secondipare. Dernières règles, septembre 1904.

Dans le courant du troisième mois, fut atteinte de métrorragies assez abondantes qui nécessitèrent un séjour à la Charité; elle eut aussi à ce moment des vomissements de sang.

Un mois avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu, les hémorragies utérines ont repris. Elle perd de grandes quantités de sang, et est envoyée par deux médecins de la ville l'adressant avec diagnostic de *placenta prævia*.

11 mai. — Date de l'entrée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, elle perd environ 300 grammes de sang dans le service. L'état général n'est pas très bon; la malade est fortement anémiée, inquiète, agitée. M. Voron la fait mettre en observation au repos complet. Le lendemain matin, les pertes s'étant renouvelées, on décide d'intervenir.

Après anesthésie, le toucher montre un col fermé et la présence de cotylédons qu'on sent à travers le segment inférieur. On n'arrive qu'avec beaucoup de peine à introduire deux doigts dans le col qui est long de 2 à 3 centimètres, et extrêmement dur, d'une consistance ligneuse. Le placenta étant inséré sur l'orifice interne, on le décolle à gauche et on perfore les membranes. On se trouve alors en présence de difficultés très grandes pour aller chercher un pied et pour l'abaisser à travers cet orifice de très petit diamètre et entièrement inextensible que constituait le col; d'autant plus qu'il s'agissait d'une présentation du sommet; ce n'est qu'après plusieurs tentatives que le pied droit est saisi et tiré au dehors, au moyen d'une pince à griffe. Pendant ce temps (1/4 d'heure environ), l'état du pouls est resté bon, et la perte de sang n'a pas dépassé 250 grammes.

Dès le réveil, la malade présenta deux phénomènes inquiétants, qui persistèrent jusqu'à la mort : tout d'abord, une agitation continuelle très pénible, l'empêchant de rester dans la même position ; en second lieu, une stomatorragie assez abondante, survenue sans traumatisme, se faisant au niveau du collet de chaque dent : elle rendit ainsi uné centaine de grammes de sang dans la journée.

Depuis le Braxton - Hicks, toute hémorragie utérine externe fut arrêtée, mais la dilatation du col et l'engagement du siège ne firent aucun progrès, malgré les tractions prudentes qu'on opéra.

A 5 heures du soir, MM. Commandeur et Voron voient la malade ensemble, et la hauteur de la portion vaginale du col paraissant avoir diminué un peu, décidèrent d'attendre jusqu'à 9 heures avant de faire des incisions, en tâchant de remonter d'ici là, le plus possible, l'état général, qui était toujours inquiétant, au moyen de sérum, d'éther, de caféine, en injections sous-cutanées.

Malheureusement, vers 8 heures du soir, l'état devint brusquement très mauvais : la malade prit de la dyspnée, le pouls monta vers 140-150, et bientôt survint un état lipothymique.

Devant le pronostic certainement fatal de l'abstention, M. Voron fit trois incisions du col et put extraire assez facilement un enfant mort de 1.830 grammes. On termina par une délivrance artificielle et un tamponnement intra-utérin. La malade succomba au bout de quelques minutes, sans nouvelle hémorragie, et malgré des doses massives de sérum artificiel.

Autopsie. — On découvrit une hémorragie interne qui avait décollé les deux feuillets des ligaments larges droit et gauche, avait fusé de là sous le péritoine pariétal, rempli les deux fosses iliaques internes et remontait largement jusqu'à l'insertion du mésentère. Ce que l'on put récolter des caillots pesait 650 grammes, et il en est resté, et il s'est écoulé au dehors du cadavre une certaine quantité de

sang liquide. On évalua à 1 litre environ la saignée totale. Le sang semble provenir du col. La cause, cependant, ne résidait pas dans une déchirure consécutive aux incisions du col. D'ailleurs, les symptômes graves d'hémorragie interne étaient apparus de suite après le Braxton-Hicks. De plus, la mort suivit les incisions de quelques minutes.

Il s'est agi d'une hémorragie interstitielle ayant pris naissance au niveau du segment inférieur non déchiré, mais contenant des vaisseaux anormalement développés à cause du *placenta prævia*, et surtout anormalement friables.

D'autre part, la malade était une hémophile.

De plus, on apprit par le mari qu'il lui avait communiqué la syphilis, et qu'elle avait été traitée au moyen d'injections mercurielles intramusculaires.

OBSERVATION V

(Maternité de l'Hôtel-Dieu.)

La malade entre à la Maternité le 7 juillet 1907, à 11 h. 1/2 du matin. Elle est enceinte de sept mois et a eu une perte de sang abondante à 10 heures. Elle perd un peu à son entrée.

A l'examen, on constate une présentation du siège et on perçoit au toucher l'insertion placentaire à gauche et en avant.

A 1 h. 1/2, la malade a eu deux nouvelles pertes de sang, peu abondantes. On pratique la rupture des membranes et on attire un pied au travers du col. Depuis cette manœuvre, la malade ne perd plus. Son pouls est relativement lent, bien frappé.

A 5 h. 1/2, après une série de douleurs assez rapprochées, la dilatation du col permet l'extraction, tête dernière, d'un enfant mort. Délivrance artificielle immédiate. Le placenta est complet. Il ne se produit qu'une hémorragie très minime pendant la délivrance. Injection iodée. Sérum artificiel : 500 grammes. Lorsque tout est terminé,

la malade présente un état général nullement inquiétant (6 h. 1/2).

A 7 h. 1/2, la malade accuse brusquement une douleur vive dans les reins et commence à s'agiter. Elle est pâle, son pouls est petit, rapide, incomptable. Elle succombe en une demi-heure, sans avoir perdu de sang, et malgré des injections de sérum, de caféine, d'éther, l'élévation des jambes avec compression élastique, etc... Elle n'a pas présenté de symptômes dyspnéiques prédominants, et meurt plutôt comme une malade très anémiée. Depuis son entrée dans le service, elle n'a pas perdu, tout compris, plus de 300 grammes de sang.

Autopsie le 9 juillet 1907. — On trouve environ un demi-litre de sang dans le petit bassin. Le ligament large, surtout à gauche, est infiltré de sang. On ne trouve pas de rupture utérine à un premier examen. Mais, en décollant la vessie, on trouve dans la région du col recouverte par elle, à gauche et en avant, au niveau de l'insertion placentaire, une large perforation mettant en communication la cavité cervicale avec le tissu cellulaire du ligament large. La perforation a la dimension d'un œuf de pigeon.

L'utérus est vide, ne contient ni débris placentaire ni caillots, et il est bien revenu sur lui-même.

OBSERVATION VI

(Roulland, in *Annales de la Société obstétricale*, p. 100, 1908.)

Augustine F..., âgée de vingt-neuf ans, a marché à un an, a été réglée régulièrement à treize ans et a accouché à terme spontanément d'un enfant vivant en 1905.

Elle a eu ses dernières règles du 1^{er} au 3 décembre 1907, et depuis quinze jours perd journellement de petites quantités de sang.

Examen. — Utérus tendu, de 28 centimètres de hauteur environ. Liquide assez abondant. Fœtus très mobile, à ce

moment en présentation transversale. Tête à droite. Bruits du cœur bons.

Au toucher, col perméable dans toute sa longueur conduisant à l'orifice interne sur une surface rugueuse que l'on considère comme les membranes au voisinage du placenta : insertion du placenta sur le segment inférieur.

Injectons chaudes répétées. Température 37°3.

Pas de contractions utérines. Léger écoulement sanguin. La nuit est calme.

24 juin, 9 heures du matin. — Bruits du cœur sourds, mal frappés. Le fœtus s'est déplacé et paraît se présenter plutôt par le siège. Col déhiscent, dilatation de 2 francs.

Le toucher entraîne une petite hémorragie qui persiste. Pouls 120.

On rompt les membranes. — Le col à ce moment laisse passer 3 doigts. On arrive ainsi sur le placenta qui recouvre tout l'orifice interne, son insertion se continuant en arrière, à droite, en avant. A gauche, en le décollant sur 3 centimètres environ, on arrive sur son bord et l'on déchire largement. Ecoulement de liquide rosé (sang et liquide amniotique mélangés). Malgré la rupture des membranes, la malade continue à saigner assez abondamment.

Le col se laisse facilement dilater.

Recherche d'un pied par trois doigts introduits dans le col. C'est le pied droit, qu'on abaisse assez rapidement et qu'on munit d'un lac. On donne 50 centigrammes de quinine. L'écoulement sanguin paraît s'arrêter. Les contractions utérines commencent environ cinq minutes après l'intervention et se répètent très régulièrement. Les bruits du cœur existent encore, mais très ralentis.

Au bout d'un quart d'heure environ, la femme perd encore assez abondamment. Une main introduite dans le vagin ramène des caillots. La présentation n'appuie pas suffisamment sur le segment inférieur ; cependant le col est devenu largement dilatable, car on y introduit facile-

ment toute la main droite qui va à la recherche du second pied et l'abaisse sans difficulté. L'enfant paraît petit, il appuie mal sur le segment inférieur. La femme saigne encore. On attire le siège, puis le tronc qui viennent facilement. Anse au cordon. Il paraît possible de terminer rapidement l'accouchement, la femme perdant toujours.

On abaisse le bras sans difficulté, et une manœuvre de Mauriceau amène l'enfant.

Section du cordon. L'enfant respire.

Au moment de son extraction, un jet de sang est sorti. L'utérus ne revient pas sur lui-même. La main introduite dans l'utérus ramène immédiatement placenta et membrane. Pouls 108 bien frappé.

Injection intra-utérine très chaude : l'utérus reste mou et saignant. Seconde injection intra-utérine et 2 centigrammes d'ergotine sous-cutanée.

L'utérus se contracte, mais un léger suintement persiste. Sur le côté gauche du col, on constate une déchirure longitudinale comprenant toute son épaisseur et paraissant dépasser l'insertion vaginale jusque vers le segment inférieur.

On porte la malade qui saigne toujours un peu et présente un aspect pâle et shocké, sur la table d'opération.

M. Doléris intervient. Deux valves. Une pince à traction sur chaque lèvre du col ; on aperçoit alors la déchirure qui saigne. Cette déchirure dépasse le cul-de-sac vaginal, mais on sent assez facilement avec le doigt son extrémité supérieure. De plus sur la lèvre antérieure, face vaginale, on voit une déchirure transversale toute superficielle intéressant seulement la muqueuse et allant de la partie moyenne de la grande déchirure gauche à l'extrémité d'une petite déchirure longitudinale, comprenant elle, toute son épaisseur qui siège au bord droit du col.

On place cinq catguts gros de haut en bas sur la déchirure gauche. Le sang semble s'arrêter dès le premier catgut.

Un catgut sur le bord droit : quelques points fins sur la déchirure muqueuse transversale, tampon dans le col et le vagin. On réchauffe la femme dont le pouls est petit, le facies décoloré, les lèvres pâles. Elle respire difficilement. Sérum, 1600 grammes. Huile camphrée, 8 centimètres cubes. Ether. Oxygène. On lui donne du Todd qu'elle vomit. Tampon abdominal comprimant l'utérus.

En examinant la vulve, on constate à nouveau un suintement sanguin.

On remet les valves. M. Doléris place un catgut beaucoup plus haut que les premiers à la limite même de la déchirure. Le sang de la tranche s'arrête, on fait 4 centigrammes d'ergotine.

On sent difficilement le pouls de la femme. Elle a perdu connaissance ; sa respiration, d'abord haletante, se ralentit de plus en plus. Ether. Huile camphrée.

La respiration et les battements de l'aorte sont à peine perceptibles. Une injection intraveineuse de sérum relève le pouls légèrement.

La veine céphalique droite ouverte la première, et dont on enlève la pince laisse échapper un jet de sérum à peine coloré.

La femme est morte. L'enfant du poids de 2.100 grammes a vécu un quart d'heure et est mort cyanosé.

Autopsie. — 25 juin. Dans le petit bassin derrière l'utérus, sur les côtés de la vessie, on voit une très petite quantité de sang noirâtre. La base du ligament large gauche apparaît par la face droite du ligament large bleuâtre et légèrement infiltré. Ablation large de l'utérus et du vagin.

Section antérieure du vagin et de l'utérus sur la ligne médiane. La déchirure gauche du col, longue d'environ 8 centimètres, dépasse le cul-de-sac vaginal et remonte sur le segment inférieur sur une longueur de un à deux travers de doigt.

Le premier catgut est à 1 centimètre environ de l'extrémité supérieure de la déchirure.

La déchirure superficielle et transversale de la face vaginale de la lèvre antérieure du col paraît être la continuation sous-séreuse, puis sous-muqueuse de l'infiltration sanguine de la base du ligament large gauche. Ce petit hématome ouvert est très peu abondant et contient un caillot noir gélatiniforme.

En résumé, les quelques points de catgut placés sur la tranche utérine avaient aveuglé les vaisseaux qui saignaient. L'hémorragie ayant été abondante et l'inertie utérine n'ayant pas déterminé une hémostase naturelle, la malade mourut d'hémorragie et de shock.

OBSERVATION VII (résumée).

(Guillois in *Anjou médical*, octobre 1905.)

Secondipare.

L'accouchement se fait par le sommet.

Délivrance artificielle : le placenta en insertion sur le segment inférieur à gauche.

Avant de le détacher, on sent vers son bord supérieur une déchirure utérine, et en elle la masse intestinale.

Mort, dix minutes après.

OBSERVATION VIII (résumée).

(Sauvage in th. Paris, 1902.)

Dixième grossesse.

Placenta prævia.

Hémorragie grave du travail.

Accouchement spontané.

Rupture du segment. Mort.

Pas de traitement direct.

OBSERVATION IX (résumée).

(Sauvage in th. Paris, 1902.)

Seizième grossesse. *Placenta prævia*

Hémorragie grave pendant le travail.

Dilatation manuelle du col. Forceps. Enfant mort
(1.800 grammes).

Hémorragie après l'accouchement. Tamponnement vaginal. Mort.

Rupture du segment inférieur de 9 cm. 5.

OBSERVATION X (résumée).

(Sauvage in th. Paris, 1902.)

Septième grossesse : *placenta prævia*.

Rupture spontanée complète du segment inférieur de l'utérus.

Version consécutive.

Mort, un quart d'heure après l'accouchement.

OBSERVATION XI (résumée).

(Arnold Léa, in *Journal d'Obst. et de Gynécologie de l'Empire britannique*, décembre 1904.)

Un cas de rupture utérine et de *placenta prævia*.
Septième mois de la grossesse.

OBSERVATION XII (résumée).

(Kermann, in *Centralblatt für Gynäkologie*, 1902, p. 589.)

Placenta prævia.

Rupture spontanée complète de l'utérus à 8 centimètres, avec issue partielle du placenta et totale du fœtus dans la cavité abdominale.

OBSERVATION XIII (résumée).

(Maxwell in *Obstétrique*, 1901, p. 563.)

Placenta prævia.

Rupture du segment inférieur.

Mort avant l'accouchement.

OBSERVATION XIV (résumée.)

(Maxwell in *Obstétrique*, 1901, p. 563.)

Placenta prævia.

Rupture du segment inférieur.

Guérison.

OBSERVATION XV (résumée).

(Maxwell, in *Obstétrique*, 1901, p. 563.)

Placenta prævia.

Rupture au niveau de la paroi postérieure du segment.

Hémorragie très abondante après l'accouchement spontané.

Tamponnement serré. Guérison.

OBSERVATIONS XVI et XVII (résumée).

(Snaschtsch, th. de Bâle, 1907.)

Deux cas de rupture cervicale de l'utérus dans le *placenta prævia*.

OBSERVATION XVIII (résumée).

(Balleray, in *Med. Record*, 2 nov. 1907, p. 751.)

Placenta prævia.

Rupture du segment inférieur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'entrer tout à fait dans le corps du sujet, et d'aborder l'étude clinique de ces accidents, nous voulons dire quelques mots de l'anatomie pathologique de la lésion, ce qui nous aidera par la suite dans l'exposé de différents points de notre étude.

A l'examen de l'utérus enlevé, on trouve une lésion de dimension variable, mais en général assez étendue.

Si on examine cette déchirure d'un peu près, on voit qu'elle paraît bien avoir été amorcée au niveau de l'insertion placentaire. De là elle s'irradie sur le col ou sur le corps ou même sur les deux à la fois.

A l'examen des bords de la plaie, on distingue une différence très nette, suivant qu'on les examine sur le col, sur le corps ou sur le segment inférieur. Sur le col et le corps, en effet, on voit qu'ils sont épais et résistants.

Sur le segment, au contraire, il n'en est plus de même : au niveau de la rupture et de la région qui l'avoisine, il y a une zone très nettement amincie et qui n'a que quelques millimètres d'épaisseur. Cette zone se trouve au point de l'insertion placentaire et à son voisinage immédiat. Ailleurs, au contraire, le segment inférieur est beaucoup plus épais et résistant.

Quant au péritoine, il est d'ordinaire intact et ne nous paraît guère devoir être intéressé par la déchirure.

On trouve presque toujours une collection sanguine sous le péritoine ; mais il arrive parfois qu'elle est considérable, décolle les deux feuillets des ligaments larges, fuse sous le péritoine pariétal et va remplir les fosses iliaques internes.

PATHOGÉNIE

Dans ce chapitre, nous avons réuni l'étude des causes et du mécanisme de ces ruptures. Pourquoi et comment se produisent-elles? Ce sont là deux choses qui vont de pair, qui se complètent l'une l'autre, et que l'on ne peut séparer pour les bien étudier.

Et tout de suite un point sur lequel il faut bien insister, c'est que ces ruptures sont spontanées; aucune manœuvre de force, quelle qu'elle soit, n'a été faite, qui pût provoquer ces effractions. Cela ressort nettement de toutes les observations. En effet, la plupart de ces accidents succèdent à des accouchements spontanés ou à des manœuvres de Braxton-Hicks. Et dans ces derniers cas, le Braxton-Hicks fut toujours facile, effectué avec douceur et sans la moindre violence, le plus souvent à travers des cols très souples et suffisamment dilatés de grande multipare.

Il nous faut donc laisser de côté toute idée de violence ayant pu amener le traumatisme. L'accident se produit bien spontanément, et les quelques auteurs qui se sont occupés de la question sont d'accord sur ce point.

Tel est l'avis de MM. Voron et Gonnet qui en rap-

portent deux cas dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique* (février et mars 1909).

Tel est aussi l'avis de M. de Bovis qui reconnaît que ces sortes de ruptures sont impossibles à expliquer sans une certaine prédisposition du segment inférieur (*Semaine médicale*, 24 février 1909, p. 85).

Nous devons donc bien rechercher les causes de l'accident chez le sujet lui-même et en dehors de toute violence extérieure.

Nous les diviserons en deux catégories : causes prédisposantes d'une part, et causes efficientes d'autre part.

La cause favorisante par excellence semble bien être celle indiquée dans les observations, c'est-à-dire la friabilité du col et du segment au niveau de la zone d'insertion.

C'est aussi l'opinion de de Bovis, qui dit : « Après la minceur, le défaut capital du segment inférieur en cas de *placenta prævia*, est la friabilité. »

Cette friabilité serait la conséquence de deux ordres de faits : la multiparité d'une part, et l'insertion vicieuse du placenta elle-même, d'autre part.

En premier lieu, la multiparité nous a paru favoriser la rupture ; en effet, toutes les observations que nous avons pu nous procurer avaient trait à des multipares. D'ailleurs, pour Ribemont, la multiparité prédispose singulièrement à la rupture utérine. C'est aussi l'opinion de M. le professeur Fabre qui, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique* (février 1909, p. 79), dit que la rupture survenant chez une multipare est un fait de première importance. Chez ces

femmes, en effet, le tissu utérin présente des modifications de sa résistance et une augmentation non douteuse de sa fragilité, ce qui expliquerait les déchirures se produisant, alors qu'aucune violence n'est exercée.

Mais la cause la plus importante de cette friabilité, celle qui joue le principal rôle, serait l'insertion vicieuse elle-même du placenta.

Cependant, de Belval (thèse de Lyon, 1900) croit que le *placenta prævia* peut favoriser une rupture cervicale et segmentaire par un autre mécanisme :

La présentation gênée du côté placentaire qui est inextensible, est refoulée du côté opposé qu'elle distend au maximum : c'est donc à l'opposé de l'insertion placentaire que devrait s'amorcer la rupture.

Cependant, tel n'est pas notre avis : dans les observations que nous avons recueillies, à la vérification anatomique, c'est bien vers l'insertion placentaire que paraît avoir débuté la rupture.

L'examen de l'utérus enlevé, en effet, corrobore bien cette idée que l'insertion du placenta a amené des troubles dans la structure du segment, tout au moins dans la zone d'insertion. Si on examine les bords de la déchirure, on voit qu'il y a une zone nettement amincie au niveau du segment, alors qu'il n'en est plus de même sur le col et le corps.

D'autre part, qui dit *placenta prævia*, dit le plus souvent endométrite concomitante, cette dernière étant presque toujours la cause de l'insertion vicieuse du placenta. Il en résultera donc un état pathologique de l'utérus et, en particulier, un état inflammatoire qui

nuira à la contractibilité de l'organe et contribuera à rendre le segment plus friable.

De plus, de Bovis, parlant de la friabilité du segment dans ces cas, insiste bien sur cette fâcheuse propriété qui tient au forage de la paroi par les innombrables franges des villosités placentaires.

Il semble donc bien que l'insertion placentaire ait favorisé la rupture en diminuant la résistance des tissus, soit par le simple amincissement de ces derniers, soit par tout autre trouble dans leur constitution pouvant aussi contribuer à expliquer cet amincissement.

Il est regrettable que l'examen histologique des pièces n'ait pas été fait, mais on sait fort bien que le segment inférieur est altéré dans sa structure toutes les fois qu'il y a insertion vicieuse.

D'ailleurs, Auvard, dans son *Traité pratique d'accouchement*, ne cite-t-il pas comme cause particulière de la rupture utérine, la dégénérescence graisseuse ou scléreuse d'une région de la paroi utérine. De même de Belval (thèse, Lyon, 1900, p. 19) cite deux cas : l'un de Dakin (*Transact. of the Obstet. Soc. of London*, 1892), où l'on fit l'examen microscopique de la région déchirée, et l'on constata en ce point de la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres lisses; l'autre, de Pestolozza (in *Sestimena medica*, 1^{er} janvier 1892). « Le segment inférieur, dit cet auteur, peut se rompre par un effort égal à celui qui suffit pour rompre les membranes de l'œuf. Cette déchirure peut dépendre de la faiblesse extrême en cette région, de l'élément musculaire que le tissu conjonctif remplace quelquefois. »

N'est-on pas alors directement amené à supposer et à admettre que la dégénérescence dont parlent ces auteurs, et cet amincissement, sont bien la résultante de cette insertion vicieuse et la cause de la rupture.

Cependant, ces causes ne sont pas suffisantes pour amener à elles seules la déchirure. Reste donc à trouver la cause efficiente ayant amené l'éclatement du segment.

D'après MM. Voron et Gonnet, ce qui est surtout net et paraît la vraie cause de la rupture, c'est la *brusquerie de l'accouchement*; il n'y a pas dilatation, à proprement parler; il y a plutôt éclatement du canal cervico-segmentaire, et, suivant le mot de ces deux auteurs, la malade accouche *en deux contractions*.

En effet, il faut remarquer que le segment inférieur, déjà moins contractile que le reste de l'organe, ce qui s'explique par sa plus faible musculature, le devient encore moins si ses parois s'amincissent et si les tissus en deviennent malades.

Il s'ensuit deux choses : défaut de résistance d'une part, défaut de contractilité d'autre part.

Le résultat est que, dès les premières contractions, lesquelles ont pour but de faire dilater le canal excrétoire, l'organe ne résiste guère et l'éclatement se produit. Et, comme de juste, cet éclatement se produit au point de moindre résistance, c'est-à-dire au point placentaire, ce que l'on a pu vérifier nettement par l'examen des pièces anatomiques.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

A quels signes répond cette affection, et comment la reconnaît-on ?

Tout d'abord se pose une question importante entre toutes : existe-t-il des symptômes à distance permettant de prévoir la déchirure ?

Malheureusement, et c'est ce qui rend cet accident si redoutable, il n'en existe pas : rien ne peut faire supposer à l'avance la friabilité anormale du segment. En présence d'un *placenta prævia*, surtout d'un placenta central, chez une multipare en particulier, on pourra songer à la rupture et la craindre, mais rien n'indiquera que le segment inférieur résistera à la distension, ou se rompra dès les premières contractions.

Par contre, la rupture une fois déclarée, il y a des signes permettant de la découvrir et de la reconnaître. Ce sont, à peu de chose près, les symptômes habituels à toutes les ruptures utérines.

Le début, cependant, est à peu près toujours insidieux ; l'on ne constate pas de douleur au moment où se fait la rupture.

Mais ne serait-on peut-être pas en droit de supposer que les malades étant très anémiées, perçoivent moins

facilement la douleur, du fait de leur état de faiblesse extrême.

D'autre part, il est à noter que dans l'un des cas, au moment où l'on a supposé qu'avait dû se produire la déchirure, l'on a entendu assez nettement une sorte de craquement.

Le palper ne révèle pas grand'chose non plus, car il n'y a pas d'inertie après la délivrance, et l'utérus se contracte assez bien.

Ce n'est généralement qu'à l'inspection que l'on s'aperçoit de quelque chose d'anormal, et c'est l'hémorragie qui donne l'éveil, hémorragie peu abondante d'ailleurs. C'est un suintement sanguin qui persiste à la vulve et résiste à tout traitement : le sang en est visqueux et noir violacé.

Quant à l'état général, il ne tarde pas à devenir très rapidement inquiétant : ce sont des phénomènes de shock accentués, des sueurs froides, des lipothymies, des syncopes, des nausées, des vomissements : en un mot, tous les signes de l'état syncopal grave. Et ce tableau est d'autant plus accentué que, dans ces cas, l'on a généralement affaire à une femme déjà anémiée du fait des hémorragies dues à son *placenta prævia*. Si on pratique l'examen direct, le toucher permet d'arriver sur le col flasque, déchiré ou non. Au-dessus, on sent la déchirure dont on apprécie la forme et l'étendue.

A ce moment, on ne peut plus hésiter : le diagnostic s'impose, et la rupture sera facilement différenciée d'un hématome rétroplacentaire, de la rupture d'un kyste ou encore d'une syncope chez une femme que l'on sait cardiaque.

PRONOSTIC

Le pronostic est particulièrement sombre.

Il y a en effet peu de complications plus graves en obstétrique, que la rupture-utérine, et cette gravité s'accroît-elle encore quand la rupture vient compliquer un *placenta prævia*.

C'est que, dans ce cas, il est très difficile, et presque impossible de prévoir la rupture, et par là de l'empêcher. D'autre part, il ne faut pas oublier qu'une fois la rupture déclarée, l'on a affaire à une parturiente déjà fortement affaiblie et anémiée du fait des hémorragies dues à son *placenta prævia*. Elle ne pourra alors supporter que difficilement une intervention. Tout traitement devient donc à peu près illusoire, et l'issue est presque toujours fatale.

L'enfant succombe dans la plupart des cas.

Quant aux mères, elles meurent dans l'effrayante proportion de 80 à 90 pour 100. Sur treize observations dont ils ont pu avoir des détails, MM. Voron et Gonnet ont relevé onze morts. Quant aux cas que nous avons recueillis à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, ils se sont tous terminés malheureusement.

Les principales causes de la mort sont : l'hémorragie immédiate ou tardive, le shock nerveux, ou l'in-

fection précoce (péritonite) ou tardive : mais il est exceptionnel que la malade en arrive à ce stade, la mort survenant dans la généralité des cas quelques heures à peine après l'accouchement.

TRAITEMENT

Quelle conduite doit-on tenir en face d'un accident aussi redoutable, et quel traitement convient-il de lui appliquer ?

Avant de répondre à cette question, il convient tout d'abord d'examiner les traitements qui furent employés jusqu'ici : c'est-à-dire le tamponnement et l'hystérectomie.

Et d'abord le tamponnement. Dès que par le toucher, le doigt étant arrivé sur l'utérus et par là sur le corps du délit, on a ainsi fait le diagnostic, la première idée qui vient à l'esprit, et celle que l'on doit avoir à ce moment-là, est de faire le tamponnement. On tamponne, donc et on tâche de faire une compression aussi continue que possible.

Cependant ce traitement qui est fortement préconisé par M. Commandeur et qui a été fort bien exposé par un de ses élèves (de Belval, th. Lyon 1900), ne nous paraît pas devoir toujours donner les bons résultats qu'en attend cet auteur.

C'est du moins ce qui ressort des observations recueillies à la Maternité de l'Hôtel-Dieu : quelque serré que fût le tamponnement, il ne tarda pas à s'im-
biber de sang qui vint suinter de nouveau à la vulve. De plus, si, souvent, le tamponnement arrête l'hémor-

ragie externe, il favorise parfois l'hémorragie interne, et cela explique ces collections sanguines souvent considérables que l'on trouve à l'autopsie dans la fosse sous-péritonéale.

Il n'en subsiste pas moins que le tamponnement est une très bonne méthode et peut donner d'excellents résultats. Nous citons, notamment, deux cas de Maxwell où l'on dut la guérison à cette thérapeutique. Cependant il faut bien avouer qu'elle a échoué dans les cas que nous rapportons.

A cette place, et bien qu'il n'ait pas été employé dans les cas auxquels nous faisons allusion à l'instant même, nous voulons dire quelques mots d'un traitement que l'on peut trouver logique d'être utilisé à ce moment: c'est la méthode de Momburg (Altembach, th. Lyon, 1909).

Cette méthode consiste à faire de l'hémostase dans la moitié inférieure du corps en comprimant l'aorte, par compression de l'abdomen à l'aide d'une bande élastique.

Ce traitement nous paraît dangereux, car il peut léser gravement les organes contenus dans l'abdomen. Il se pourrait en effet très souvent que l'estomac, le foie ou la rate fussent gravement intéressés dans la constriction, par suite de ptose. De même, on pourra avoir de la compression d'un rein mobile ou des uretères. L'on a aussi noté des cas où il subsista quelque temps de la paralysie du rectum et de la vessie.

Néanmoins cette méthode pourra rendre service dans certains cas, et il ne faut pas la condamner complètement.

Reste l'hystérectomie. Devant la persistance de l'hémorragie, on se décide à appeler un chirurgien et à faire l'hystérectomie qui semble bien être le seul traitement rationnel à ce moment-là. Il faut opérer le plus tôt possible, aller chercher la plaie et y remédier dans le plus bref délai. Et il semble bien que dès la rupture constatée, l'on doive recourir d'emblée à la laparotomie pour avoir quelque chance d'amener la cessation de l'hémorragie.

C'est le traitement qui a été appliqué aux cas relevés à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Cependant il faut bien avouer encore une fois qu'elle n'a pas donné de résultat bien satisfaisant, puisque tous ces cas se sont terminés par la mort.

Aussi devant ces faits est-on amené à se demander s'il ne vaudrait pas mieux prévenir la rupture, devant qu'elle se soit produite. Puisque l'accident s'est produit spontanément, alors que l'accouchement s'est effectué naturellement, et qu'aucune manœuvre de force n'a été exercée pendant la manœuvre de Braxton-Hicks qui l'a précédée; puisqu'il était ainsi de toute impossibilité de l'empêcher de se produire, n'aurait-il pas alors convenu d'empêcher l'accouchement de s'effectuer naturellement en opérant préventivement. Plus simplement, n'aurait-ce pas été une indication de la césarienne?

Tel est l'avis de M. Voron, qui préconise ce traitement dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique* (février et mars 1909).

C'est aussi l'avis de Selheim qui a bien étudié les dangers de l'accouchement spontané dans les cas de

placenta prævia et propose de les réduire par l'emploi de l'hystérotomie extrapéritonéale. (*Centralblatt für Gynäkologie*, octobre 1908, n° 40.)

La question se ramène alors à ceci : le traitement doit-il être préventif ou curatif ?

Voyons donc les inconvénients et les avantages de chacune de ces deux méthodes ; puis avec les faits de l'observation clinique, nous tâcherons de conclure.

A un examen un peu superficiel, il semble que l'hystérectomie, doive l'emporter. En effet ne semble-t-il pas qu'il soit plus sage d'attendre et de temporiser ? Il n'est pas rare, il est même fréquent que dans le *placenta prævia*, et en particulier dans le placenta central, l'accouchement se termine très heureusement par les seuls procédés obstétricaux.

Comment alors se décider de gaieté de cœur à exposer une femme à une intervention sanglante qui augmentera encore ses chances de mortalité et d'infection ? Comment se résoudre à lui ouvrir le ventre, alors que rien ne permet de supposer *a priori* que le segment inférieur est anormalement friable ?

Bien plus, et c'est là un sérieux argument en faveur de l'hystérectomie, les hémorragies après la délivrance du *placenta prævia* ne sont pas rares en dehors des déchirures du segment, et peuvent amener la mort. Ces hémorragies résistent aux moyens ordinaires d'hémostase et ne cèdent guère qu'au tamponnement ; et si celui-ci est inefficace, l'hystérectomie reste la seule ressource possible. Or la Césarienne conservatrice ne met nullement à l'abri de ces hémorragies secondaires.

Que répondre en faveur du traitement préventif ? Et tout de suite se présente un argument des plus sérieux : l'hystérectomie n'a pas fait ses preuves : loin de là ; et quelque précoce qu'ait été cette intervention la terminaison en fut toujours fatale. C'est du moins ce qui ressort des observations que nous avons pu recueillir.

Sans doute, il est dur d'intervenir alors que rien n'y oblige. Mais alors vaut-il mieux temporiser et n'opérer que lorsque la rupture s'est produite, et qu'il n'y a plus grand succès à espérer de l'intervention ? S'il est sage de rester dans l'expectative armée, il ne l'est plus lorsque l'on ne peut compter sur son arme, et que l'on ne doit en attendre que déboires et regret.

D'ailleurs il est de toute évidence qu'avant l'accouchement, la femme étant moins affaiblie pourra supporter bien plus facilement une intervention.

Il semble donc parfaitement rationnel d'employer le traitement préventif qui, nous le verrons dans un instant, a donné d'excellents résultats ; de même, nous verrons au cours de l'exposé de la méthode que l'on peut assez facilement réfuter l'argument tiré des hémorragies secondaires.

Mais dans l'application du traitement on se trouve en présence de deux méthodes : la Césarienne classique et l'hystérotomie extrapéritonéale proposée par Selheim. Cette dernière opération qui a été employée avec succès en Allemagne nous paraît être la méthode de choix.

Selheim la propose comme étant le seul traitement vraiment rationnel du *placenta prævia*, et la regarde

comme la seule façon d'avoir chance de sauver la mère et l'enfant.

Voici rapidement indiqué en quoi consiste l'intervention de Selheim : partant de ce principe que c'est de la dilatation du segment que vient tout le mal, il se propose de l'empêcher. Pour ce faire, après incision des téguments, il sectionne longitudinalement le canal cervical et le segment. Ayant ainsi pratiqué artificiellement l'élargissement du canal cervico-segmentaire, les membranes étant rompues, il fait la version, extrait l'enfant et fait la délivrance artificielle. Il ne reste plus alors qu'à affronter les lèvres de la plaie, et à suturer après avoir pris toutes les mesures nécessaires pour arrêter l'hémorragie présente ou pour prévenir celle qui pourrait se produire à distance.

Nous croyons bien faire en reproduisant intégralement ici la traduction de l'article dans lequel Selheim expose et défend les raisons qui lui font proposer l'hystérotomie extrapéritonéale comme le seul traitement du *placenta prævia*, mettant à l'abri de tous les accidents dus à cette insertion vicieuse du placenta.

Et bien que nous n'adoptions pas toutes les idées de Selheim, il fera comprendre mieux que n'importe quels arguments, les raisons qui militent en faveur du traitement préventif.

D'autre part, il apporte quelques faits précis et fort concluants en faveur de la thérapeutique que nous préconisons¹ :

¹ Hugo Selheim, clinique des femmes de l'Université de Tubingue, *les Dangers des efforts d'accouchement naturel en cas de placenta prævia et leur diminution par l'hystérotomie extrapéritonéale*.

« L'insertion placentaire a pour mission, au moment de la naissance, de détacher le placenta et de calmer l'hémorragie qui se produit.

« Le mécanisme du détachement repose sur ce fait qu'il se produit une différence entre la grandeur du placenta et son point d'attache.

« La disproportion résulte de la fonction de l'utérus. La grandeur du placenta reste à peu près la même. Le point d'attache devient, selon la position du placenta, plus petit ou plus grand : plus petit, quand il se trouve dans la partie comprimante de l'utérus et quand il se contracte ; plus grand, quand il se trouve dans le conduit excrétoire et qu'il lui faut se dilater.

« Grâce à cette disposition, le placenta situé normalement se détache seulement au maximum de la contraction, de son fond de matrice ; il se détache à temps dans la période de la délivrance et le placenta du cas présent se détache à temps déjà au moment de la dilatation de son point d'attache, au commencement de l'accouchement ou au moment des signes avant-coureurs.

« Pour effectuer la première partie de la mission de l'insertion placentaire, qui est de détacher le placenta, la contraction et la dilatation, quoique de nature foncièrement différente, ont pourtant le même effet.

« Pour la deuxième partie de sa mission, pour l'arrêt de l'hémorragie, il se produit un autre effet : la contraction et la diminution de la surface arrêtent l'hémorragie, la dilatation et l'augmentation de la surface la font augmenter.

« Pour la position normale du placenta, le processus

du détachement et de l'arrêt de l'hémorragie coïncide avec les autres fonctions utérines au point d'implantation. Le cours naturel de l'accouchement met la mère et l'enfant à l'abri de tout préjudice.

« Pour le placenta présent, le processus de détachement et d'arrêt de l'hémorragie ne coïncide pas avec les autres fonctions utérines au point d'insertion placentaire. Le cours normal de l'accouchement amène dans ce cas une collision de fonctions différentes et met la mère et l'enfant en danger de mort.

« Ce que les forces naturelles ont compromis en cas de *placenta prævia* pendant le temps d'ouverture et d'expulsion, la période de la délivrance ne peut plus le réparer, même si la dilatation de l'insertion placentaire se change en contraction. La contraction de la section dilatée est plutôt fonction des couches que d'accouchement. Le changement s'opère beaucoup trop lentement et mollement pour que la partie placentaire non détachée de son point d'attache en raison de l'augmentation de sa surface puisse encore avoir des chances d'être détachée par une diminution de surface rétrograde.

« La contraction paresseuse de l'utérus dilaté en cas de *placenta prævia* suffit tout aussi peu à arrêter l'hémorragie qu'à parfaire le détachement incomplet du placenta. Là où la contraction, ce moyen si caractéristique et souverain pour arrêter l'hémorragie, reste sans résultat, on ne peut réussir que par l'emploi plus violent de la thrombose.

« Il paraît vraiment étrange que pour traiter le *placenta prævia* on s'en tienne à des moyens qui permet-

tent ou favorisent l'accouchement accompagné de dilatation de l'insertion placentaire, qui, par conséquent, augmentent le danger.

« La naissance d'un enfant à version podalique, abandonnée aux forces naturelles avec emploi ultérieur de la thrombose par tamponnement après l'expulsion de l'enfant n'est restée, jusqu'à présent, le meilleur traitement que parce que toute intervention artificielle pour aplanir les difficultés procède avec moins de ménagement encore, d'autant plus qu'elle tombe dans le même défaut que la nature. Par conséquent, tous les efforts mettent la vie de la mère en danger, quand on veut préparer et accélérer l'expulsion de l'enfant.

« Quand on eut reconnu que seule la disharmonie de l'organisation naturelle mettait la vie de la mère et de l'enfant en danger pendant la préparation et au cours de l'accouchement, on résolut, après le diagnostic certain de *placenta prævia*, de mettre un terme aux efforts d'accouchement naturel par une opération. Il me fut pourtant d'autant plus facile de tirer cette conclusion que l'hystérotomie extrapéritonéale semblait plus susceptible de découvrir avec ménagement le point d'insertion placentaire, de détacher le placenta avec précaution sous le contrôle de la vue et d'obstruer directement la source de l'hémorragie.

« Ma propre expérience et le fait d'avoir regardé mes internes opérer eux-mêmes m'ont convaincu de la facilité de cette méthode et de la possibilité d'arrêter entièrement l'hémorragie.

« Si l'on procède à l'opération avec précaution d'après les prescriptions que j'ai données, il n'y

aura pas d'hémorragie depuis le frayement du passage à travers les téguments abdominaux jusqu'à l'hystérotomie.

« Pendant la grossesse, de même que dans les premiers stades de l'accouchement, il y a assez de temps pour la délivrance extrapéritonéale. J'ai montré que la partie extrapéritonéale de l'utérus augmente déjà fortement pendant la grossesse et qu'il élève à l'utérus la limite entre le péritoine fixe et mobile par la « migration du péritoine » au cours de la grossesse. Dans un cas, il m'était difficile, par moment même impossible, de pratiquer uniquement l'opération extrapéritonéale, évidemment parce que par la forte croissance du segment utérin inférieur en cas de *placenta prævia cervicalis*, le besoin exagéré de péritoine à cet endroit était moins assuré par la transmigration que par l'amin-cissement du péritoine. Cette anomalie avait sa raison dans « la réaction de tissu caduque garnissant tout l'utérus et qui entrava la migration du péritoine ». Enfin, ce n'est pas un malheur si, dans une opération, l'hystérotomie extrapéritonéale, que je limite aux cas aseptiques pour le *placenta prævia*, il est une fois inévitable de laisser passagèrement ouverte la cavité du ventre sur une étendue restreinte.

« La discussion sur les noms des différents segments d'utérus n'éclaircit pas l'affaire, mais l'embrouille. Faute d'unité salulaire, il faut déjà que nous opérions sans savoir exactement où commence la partie contractée de l'utérus et où s'arrête la partie dilatée. Pour la pratique, peu importe ce qu'on coupe vers le haut de l'extrémité supérieure du canal cervical encore .

conservé : que ce soit le col, le corps, l'isthme ou le segment utérin inférieur. Je prends ce que je trouve, « le segment utérin inférieur ». Qui pourrait prétendre voir de l'extérieur à un moment quelconque de la grossesse ou de l'accouchement ce que le point d'incision était à l'état *prægravidæ* et ce qu'il serait devenu au cours normal de l'accouchement? Tant qu'on discutera encore sur le déplacement des tissus pour l'accouchement normal, on aura encore bien le temps de trancher la question pour les cas pathologiques qui fournissent le plus gros contingent pour la section utérine extrapéritonéale. Il est à prévoir qu'ici encore l'anatomie normale profitera de l'anatomie pathologique, car la section utérine extrapéritonéale nous donne la plus belle occasion de considérer le mécanisme de l'accouchement et d'obtenir des faits certains en nombre suffisant pour des recherches histologiques.

« En coupant l'utérus, on ne trouve rien d'autre que d'arriver comme pour l'opération césarienne dans la région du placenta. Seulement, la mince paroi du segment utérin inférieur ne semble pas saigner si fort. En cas d'hémorragie violente, on peut inciser la mince paroi utérine entre des pinces posées préventivement, ce qu'il ne serait pas facile de faire sur l'épaisse paroi du corps de l'utérus. D'ordinaire, il suffit de saisir seulement quelques parties saignant fortement.

« La perte de sang a été dans tous les cas présents, en menant vivement l'opération, de beaucoup moindre qu'avec n'importe quelle autre méthode appliquée au *placenta prævia*, même qu'avec l'accouchement spon-

tané. Si cela n'avait été, il ne m'aurait guère été possible de prendre, en toute tranquillité de conscience, plusieurs épreuves photographiques pendant l'incision dans la région placentaire, dans des cas de *placenta prævia*.

« Quant à l'arrêt de l'hémorragie après le détachement du placenta, nous l'avons toujours obtenu jusqu'à présent par un léger tamponnement du segment utérin supérieur et un fort tamponnement du segment utérin inférieur, par réunion de suture de la plaie de l'utérus au-dessus du tampon et contre-pression par un tampon vaginal posé après la fin de l'opération abdominale. Des essais « d'application de compresses imbibées d'une solution chaude de chlorure de sodium et bien exprimées avant de s'en servir ont fort bien fait leurs preuves pour arrêter l'hémorragie ». Au besoin, on pourrait encore employer des moyens beaucoup plus énergiques, par exemple la compression énergique et durable contre la colonne vertébrale, adrénaline, etc. Il va de soi qu'on surveille l'utérus pendant et après l'opération, et qu'on le comprime après l'opération, s'il a tendance à saigner. Alors qu'au commencement je regardais comme une chose osée d'inciser le point placentaire en cas de *placenta prævia*, je procède aujourd'hui à cette opération avec grand calme : la mise à nu directe de la région saignante donne plus de garantie que toutes les autres méthodes, car on peut prendre directement toutes les mesures pour arrêter l'hémorragie et cela sous le contrôle de la vue.

« Le traitement du *placenta prævia* par hystérotomie présente encore l'avantage de rendre les femmes à leur

famille plus vite que si l'état dangereux après la première hémorragie subsiste et persiste, jusqu'à ce qu'il s'en produise de nouvelles qui nécessitent une intervention.

« Des essais répétés ont confirmé ma supposition que le détachement artificiel du *placenta prævia*, avant l'agrandissement de son point d'attache par des efforts d'accouchement de l'utérus, limite l'hémorragie. J'estime, par conséquent, que la délivrance par section extrapéritonéale de l'utérus — dès qu'on a établi le diagnostic du *placenta prævia* — est la méthode la plus naturelle, la plus douce et la plus sûre pour arracher la mère et l'enfant au danger qui les menace.

« Ce nouveau principe de traitement n'a jusqu'à présent été appliqué dans ma clinique qu'avec grande précaution et dans les cas où l'on pouvait encore sauver la mère et l'enfant : à l'état aseptique et en cas d'anémie de la mère ne menaçant pas absolument sa vie, avec un enfant vivant et viable.

« Le court aperçu de tous les cas traités pendant que j'ai dirigé la clinique des femmes de Tubingue doit montrer qu'on n'a pas choisi spécialement les cas les plus faciles pour le traitement avec hystérotomie ; on a, au contraire, pris les cas tels qu'ils se sont présentés. Il ressort des remarques sur la nature de l'opération que certains cas présentaient de sérieuses difficultés (deux fois sérieuse fracture de la paroi cervicale).

**Aperçu des cas de « placenta prævia » traités
à la clinique des femmes de Tubingue,
depuis le 1^{er} octobre 1907 jusqu'au 1^{er} septembre 1908.**

1. 21 octobre 1907, N. S. — A la fin du septième mois de grossesse, *Placenta prævia centralis*.

Opération césarienne vaginale. *Enfant* long de 40 centimètres, pesant 1.300 grammes, vivant. *Couches* normales. Mère et enfant renvoyés le dix-neuvième jour.

2. 9 janvier 1908, F. K. — A la fin normale de de la grossesse; à cause du bassin plat rachitique (*conj. vera*, pendant l'opération mesurée intraabdominalement, 7 cm. 2) et présomption de *placenta prævia*, « hystérotomie transpéritonéale avec coupe transversale de Pfannenstiel à travers les téguments abdominaux et hystérotomie au segment inférieur ».

Historique de l'opération. — La section atteint le placenta situé à la paroi antérieure et qui, dans la paroi dilatée, arrive jusqu'au bord de l'orifice de matrice presque entièrement élargi. Faible hémorragie pendant la section de la paroi utérine. Eloignement du placenta, version et extraction. Détachement manuel du placenta, tamponnement, etc.

Enfant, 48 centimètres de longueur, poids : 3 kg. 300. Vivant. Circonférence fronto-occipitale de la tête 37°5.

Couches. — Température maxima, le quatrième jour 38°8. A partir du cinquième jour, température normale. Le quatrième jour pour la première fois hors du lit. La plaie guérit sans réaction. La mère est rétablie

après trois semaines et demie, capable de travailler, renvoyée avec son enfant bien portant.

3. 15 janvier 1908, J. N. — A la fin du neuvième mois de grossesse, très anémiée. *Placenta prævia*. Version podalique interne. Après la mort de l'enfant, perforation. Accouchement spontané. Tamponnement.

Enfant, 48 centimètres de long, poids, 2 kg. 450. Sans cerveau.

Couches avec deux élévations de température jusqu'à 38°3. La mère est renvoyée avec des organes abdominaux bien portants le huitième jour, mais encore très anémiée.

4. 31 janvier 1908, M. L. — Commencement du dixième mois de grossesse. En raison des phénomènes menaçant la vie et dus à un violent *vitium cordis* et à une grande *struma* : hystérotomie extrapéritonéale. Pendant l'opération on se trouva, par hasard, en présence de *placenta prævia isthmica*.

Historique de l'opération. — Contrairement aux autres cas d'hystérotomie extrapéritonéale, grand développement des vaisseaux dans la région de l'opération. A la vessie, au col de l'utérus, au segment inférieur du corps utérin, réseaux nombreux, épais, très ramifiés de vaisseaux surtout veineux. Une forte veine est déchirée en éloignant le péritoine de l'utérus. L'hémorragie extraordinairement violente qui en résulte est aisément arrêtée par une pince et une ligature. Au moment de couper l'utérus : hémorragie plus forte que dans d'autres cas d'hystérotomie extrapéritonéale. L'hémorragie est facilement arrêtée en posant au bord

de la section des pinces un peu en plus grand nombre qu'il n'eût été nécessaire pour la simple fixation. En prolongeant la section on découvre la cause du développement énorme des vaisseaux et de la tendance à saigner inaccoutumée pour la région utérine : *placenta prævia isthmica*. La section vint directement au siège du placenta. Par le prolongement de la section vers le haut, on arrive au chorion. Rupture de la poche. Expression de l'enfant par-dessus le bord placentaire supérieur. L'extrémité supérieure du canal cervical dans la région placentaire ne peut être trouvée qu'à l'aide de l'index poussé avec force depuis le vagin à travers l'étroit canal cervical, long encore de 3 à 4 centimètres. Dilatation du canal cervical avec des bougies de Hégar jusqu'à 2 centimètres, etc.

Enfant, 48 centimètres de longueur, poids, 3 kg. 240. Vivant. Circonférence fronto-occipitale de la tête, 35°5

Couches gênées par une broncho-pneumonie. Bonne cicatrisation. La mère bien portante et capable de travailler est renvoyée avec son enfant également bien portant le seizième jour.

5. 2 mars 1908, M. K. — Commencement du dixième mois de grossesse. Hystérotomie extrapéritonéale.

Historique de l'opération. — La section dans l'utérus pénètre dans le placenta qui monte devant de 6, derrière de 10-13, à gauche et à droite de 8 centimètres au-dessus de l'orifice du canal cervical qui laisse passer un doigt (*placenta prævia isthmica*). En prolongeant la section vers le bas, une veine du bord de section saigna très fort. L'hémorragie s'arrêta aussitôt après qu'on eut

posé, guidé surtout par l'instinct, une pince dans la région inondée de sang. Rupture des membranes au bord du placenta, version sur un pied, extraction, détachement brachial, Veit-Smellie. Détachement du placenta. Hémorragie modérée provenant du point placentaire qui se contractionne tandis que la partie supérieure de l'utérus se contracte très bien. L'hémorragie s'arrête par tamponnement.

Des essais tentés avec le procédé de Frank, modifié par Veit, au cours de l'opération, ne donnèrent aucun avantage : « Des essais préalables pour la délivrance par la fistule des téguments abdominaux de l'utérus sont également favorables pour le cas de *placenta prævia*. »

Cicatrisation de la façon habituelle. Comme le sang dégoutte par le vagin après l'opération, solide tamponnement de gaze de la voûte vaginale faisant suite au tamponnement de l'utérus exécuté par en haut. Perte de sang minime, abstraction faite de la violente hémorragie de la veine énormément élargie au segment utérin inférieur par le développement du placenta. « Au moment du développement de l'enfant on recommande d'enlever les pinces aux parois de l'utérus dans la mesure où elles ne tiennent pas des vaisseaux saignant en abondance, afin de ne pas trop porter préjudice à l'élasticité des lèvres de la plaie. Après le développement de l'enfant on peut de nouveau saisir les lèvres de la plaie avec autant de pinces qu'il semble nécessaire pour l'orientation ou l'arrêt du sang. »

Enfant. 47 centimètres de long, poids, 2 kg. 850. Vivant.

Couches. — Température maxima 37°5. La malade sortit pour la première fois du lit le troisième jour. Bonne guérison. Renvoi de la mère le vingt et unième jour, guérie et capable de travailler, avec son enfant bien portant.

6. 3 mars 1908, L. F. — A la fin de la grossesse. L'hystérotomie extrapéritonéale en perspective n'a pas lieu, car on n'entend plus les battements du cœur de l'enfant et que l'état extraordinairement anémié de la mère ne permet plus de faire passer le court espace de temps jusqu'à l'arrêt de l'hémorragie après l'exécution de l'hystérotomie extra-péritonéale.

Version podalique combinée. L'hémorragie cesse. La malade se remet grâce à un traitement approprié jusqu'à l'accouchement spontané qui survient sept heures après la version.

Enfant, 50 centimètres de longueur, poids, 3 kg. 050. Mort.

Couches. — Plusieurs fois la température augmente jusqu'à 38°8 et 39 degrés. La mère est encore très anémiée le trente-troisième jour, elle est renvoyée sans changement, présentant le caractère d'une inflammation dans le bas-ventre.

7. 30 mars 1908, C. P. — A la fin de la grossesse. Hystérotomie extrapéritonéale.

Historique de l'opération. — A la paroi utérine antérieure, veine très forte, passant obliquement, qu'on peut éloigner de la région de la section par glissement vers le bas. Paroi utérine dans la région de la section n'ayant que 3 millimètres d'épaisseur et très relâchée. Prolongement de la section vers le haut et le

bas, sans grande hémorragie en posant des pinces. Un lambeau placentaire détaché de la paroi antérieure jaillit dans la section. La section va jusqu'à un centimètre de l'extrémité supérieure de la partie cervicale encore non développée. Le placenta tire vers le haut à la paroi antérieure et gauche latérale, et couvre, avec un lambeau déjà détaché de la paroi antérieure, l'orifice du col de la matrice (*placenta prævia isthmica*). Enlèvement des pinces, percement des enveloppes d'ovule au bord du placenta, version, extraction. Expression du placenta après le détachement spontané. Tamponnement. Perte de sang minime au total, etc.

Enfant, 53 centimètres de longueur; poids, 4 kilogrammes; vivant.

À la délivrance, deux grandes veines se perdirent, sur un espace de 30 centimètres à l'endroit avoisinant le canal cervical, librement dans le chorion (*insertio velamentosa* du cordon ombilical, *vasa prævia*).

Couches. — Le cinquième jour, la température monta une fois à 38°5; pour le reste, absence de fièvre et évolution rapide. Le cinquième jour, la mère se leva pour la première fois et fut renvoyée le dix-huitième jour bien portante et capable de travailler, avec un enfant bien portant.

8. 1^{er} avril 1908, V. R. — Dernier accouchement, 1905. Opération césarienne vaginale à cause du *placenta prævia* par *colpotomia posterior*.

Cette fois-ci, à la fin du dixième mois de grossesse, hystérotomie extrapéritonéale (opérateur Dr Holzbach).

Historique de l'opération. — Dans la paroi utérine

antérieure mise à nu, passent plusieurs veines épaisses de 1 à 5 millimètres qu'on ne peut pas toutes éviter au cours de la section. La section longitudinale dans l'utérus atteint juste le milieu du placenta. On saisit immédiatement avec des pinces les vaisseaux de la paroi utérine qui saignent fortement. La main introduite chemine le long du placenta vers le haut, vers les membranes. Eclatement de la poche, version, extraction. La section ne s'est nulle part déchirée plus loin, bien que toutes les pinces fussent restées aux bords de section. Hémorragie assez forte au point placentaire. Le placenta est situé, en ce qui concerne son centre, au-dessus de l'embouchure du canal cervical et s'élève de là, de chaque côté, de 4 centimètres (*placenta prævia isthmica cervicalis*). Les « villosités ont tellement pénétré dans la paroi utérine que le détachement du placenta à la main présente des difficultés malgré le contrôle de la vue, et qu'il y faut procéder très lentement, afin de ne pas léser la paroi utérine ». Après l'éloignement du placenta et des membranes, l'hémorragie s'arrête rapidement. La coupe arrive jusqu'à environ 2 centimètres de l'extrémité supérieure du canal cervical encore long de 2 centimètres et présentant un passage pour un doigt. « La partie immédiatement au-dessus de l'embouchure du canal cervical encore conservé est aussi mince que du papier. » Dans la région de la section, la paroi utérine, près de l'angle de section inférieur, a une épaisseur de 2 millimètres, et de là elle s'épaissit peu à peu vers le haut. La section se termine dans le haut dans une partie de la paroi, qui a 2 centimètres d'épaisseur à

l'état contracté. « On ne put trouver aucune trace dans la paroi postérieure de l'opération césarienne vaginale pratiquée trois années auparavant. » Tamponnement, réunion de la paroi utérine par forte suture entortillée en enlevant progressivement les pinces ; pendant cette opération, hémorragie modérée aux bords de section dans la région du placenta ; elle s'arrête en formant la suture, etc.

Enfant, long de 48 centimètres ; poids, 2.850 grammes, vivant.

Couches. — Température maxima le deuxième jour, 37°5. La mère s'est levée le septième jour et quitta la clinique avec son enfant bien portant le dix-septième jour ; elle-même bien portante et capable de travailler.

9. 8 avril 1908, E. F. — Commencement du dixième mois de grossesse. Hystérotomie extrapéritonéale. (Opérateur : Dr Mayer, médecin en chef).

Historique de l'opération. — Au moment de la mise à nu extrapéritonéale du col de la matrice, on écarte avec la poche dans la région de l'extrémité gauche de la poche, tout un paquet de veines dont certaines étaient aussi épaisses qu'un crayon. La coupe longitudinale dans l'utérus se termine dans le bas dans la voûte vaginale antérieure et atteint immédiatement une assez grande masse de sang coagulée, ainsi que le placenta qui couvre, avec un lambeau détaché, la région de l'orifice de la matrice et s'élève à la paroi utérine antérieure. L'hémorragie est si faible qu'il semble à peine nécessaire de saisir les bords coupés de l'utérus avec plus de pinces qu'il n'est nécessaire pour fixer. Percement des membranes au bord supérieur du

placenta. Version, extraction. Après la naissance de l'enfant, facilement asphyxique et qui crie rapidement, on attend assez longtemps le détachement du placenta. Pendant ce temps, pas d'hémorragie. Comme le placenta ne vient pas avec la poignée de Credé et que le sang commence peu à peu à couler, favorisé peut-être par la manipulation de l'utérus : détachement du placenta à la main. Le placenta est détaché à son segment le plus inférieur en raison de l'extrémité déjà touchée avant l'opération. Pour le reste, le placenta est encore en contact étroit avec la surface intérieure de l'utérus ; il est surtout situé à la paroi utérine postérieure et passe en avant et à gauche par-dessus l'orifice de la matrice (*placenta prævia isthmica*). Le détachement est aisé. Après l'enlèvement du placenta également pas d'hémorragie sérieuse. Malgré cela, tamponnement par mesure de précaution.

À l'examen de la plaie de l'utérus, on s'aperçoit qu'il y a environ 1 centimètre en-dessous de l'angle de section supérieur, vers la gauche, presque perpendiculairement à la coupe longitudinale, une déchirure longue de 2 centimètres, traversant la muqueuse et la couche intérieure de la musculaire (*muscularis*). Celle-ci se produisit probablement, parce qu'on n'aura pas enlevé par mégarde les pinces des bords de section pendant le développement de l'enfant. Fermeture de la déchirure par deux fils de catgut noués du côté du *lumen* de la matrice.

Enfant long de 48 centimètres, poids 2.800 grammes, vivant.

Couches. — La malade se leva le quatrième jour

pour la première fois. Le septième jour, la température monta une fois sans explication possible jusqu'à 38°5 ; pour le reste, bon dénouement.

Le vingt et unième jour, la mère est renvoyée avec son enfant, rétablie et capable de travailler.

10. 1^{er} mai 1908, M. S. — A la fin de la grossesse, soupçons d'infection à cause de traitement en dehors de la clinique. On ne peut attendre la quarantaine à cause de l'état anémié de la mère. Enfant vivant.

Version combinée. Quinze minutes après l'accouchement spontané d'un enfant mort, long de 47 centimètres et pesant 2.150 grammes.

Les deuxième et troisième jours des couches, la température monta à 38°4 ; pour le reste, dénouement sans fièvre. La malade se leva le septième jour pour la première fois, et fut renvoyée le dixième jour bien portante, mais encore très anémiée.

11. 3 mai 1908, E. B. — Commencement du neuvième mois de grossesse. Hémorragie subite et violente en cas de *placenta prævia centralis*, rend immédiatement nécessaire la version combinée. Battements de cœur bons. L'enfant rapidement et spontanément expulsé jusqu'à l'angle de l'omoplate. Cou fortement serré par l'orifice de la matrice. Mort de l'enfant. Une heure après, accouchement spontané. Le placenta devenu visible immédiatement après la naissance de l'enfant, se laisse facilement enlever.

Enfant long de 42 centimètres, poids 2.130 grammes, mort.

Couches. — Plusieurs élévations de température jusqu'à 38°. Renvoi quatre semaines après la naissance.

Les organes du bas-ventre ne présentent aucune particularité. La grande faiblesse en raison de la grande perte de sang n'a pas encore disparu.

12. 11 juin 1908, K St. — Fin du neuvième mois de grossesse.

Placenta prævia lateralis. Orifice de la matrice, 3 centimètres diamètre. Rupture de la poche. Tentative d'impression de tête vaine. Au moment d'une nouvelle hémorragie de version céphalique. Lorsque l'enfant est spontanément mis au monde jusqu'à l'angle d'omoplate on ne sent plus de poulx au cordon ombilical. Le placenta suit immédiatement la naissance de l'enfant. Tamponnement après une heure, renouvellement nécessaire du tamponnement. On ne vient qu'avec peine à bout de l'hémorragie, et on ne sauve que difficilement la vie à la femme.

Enfant long de 46 centimètres, poids 2.550 grammes, mort.

Couches. — La température qui s'est élevée le jour de la naissance à 38°5, tombe ; pour le reste : évolution sans fièvre. La malade fut envoyée le seizième jour à la clinique pour y subir le traitement de l'anémie en raison d'une teneur d'hémoglobine de 15 pour 100. De là, elle fut renvoyée sur son propre désir, après le vingt-huitième jour qui suivit l'accouchement, encore très faible et avec une teneur d'hémoglobine de 40 pour 100.

13. 27 juin 1908, L. H. — A la fin de la grossesse, tamponnements pratiqués plusieurs fois par la sage-femme et le médecin en dehors de la clinique. *Placenta prævia centralis*, probablement *cervicalis*,

d'après les suites. Comme au moment de son arrivée, la salle d'opération est occupée, on fixe à une demi-heure plus tard la délivrance par hystérotomie extrapéritonéale ou peut-être aussi la délivrance par fistule des téguments abdominaux. Malgré le tamponnement du vagin, on ne peut attendre aussi longtemps à cause de l'hémorragie extraordinairement forte que subit cette femme très anémiée. Rupture des membranes au bord du placenta à 8 centimètres au-dessus de l'orifice de la matrice ayant 4 centimètres de diamètre, version podalique combinée. L'enfant est mis au monde spontanément, profondément asphyxique et il est ranimée. Une hémorragie violente, immédiatement après la naissance de l'enfant, nécessite l'expression immédiate du placenta ; pendant cette opération, il reste dans la partie supérieure du col utérin « à gauche, une partie de placenta plus grosse qu'une noisette, qu'il faut dans la suite enlever à la main avec de grandes difficultés. » Tamponnement.

Enfant long de 50 centimètres, poids 2.900 grammes, vivant.

Couches. — Troublées par une paramétrite puerpérale, qui guérit sans laisser de marques sensibles. La teneur d'hémoglobine ne fut dans le courant de la sixième semaine après l'accouchement, que de 50 pour 100, et s'éleva jusqu'à son départ dans le courant de la dixième semaine à 60 pour 100.

14. *Le 8 août 1908, A. S.* — Commencement du dixième mois de grossesse. Hystérotomie extrapéritonéale. (Opérateur : Dr Mayer, médecin en chef.)

Historique de l'opération. — En sectionnant l'utérus

on trouve le *placenta* déjà détaché en partie. Recherche du bord de la poche. Rupture de la poche. Evacuation des eaux de l'amnios fortement colorées en vert, version, extraction. Comme après la naissance de l'enfant le sang coule encore un peu, on exprime le placenta. Le placenta se trouvait à la paroi postérieure, couvrait en venant de derrière, entièrement l'orifice du vagin, ayant 3 centimètres de diamètre et passe encore en partie sur la paroi antérieure. *Placenta prævia isthmica*. L'hémorragie s'arrêta si vite après l'enlèvement du placenta, qu'on risqua dans ce cas, la suppression du tamponnement.

Enfant, long de 52 centimètres, poids 3.300 grammes, vivant.

Couches. — Evolution rapide et sans accident ; température maxima 37°5 ; le troisième jour la malade se leva pour la première fois, mais ensuite repos au lit à cause d'une varice au pied facilement inflammable. A partir de la troisième semaine, elle se lève de nouveau régulièrement, actuellement encore à la clinique. L'enfant élevé au sein prospère. Renvoyée le vingt-neuvième jour bien portante et capable de travailler.

15. 21 juillet 1908, K. S. — Six semaines avant terme, arrivée à la clinique. Comme l'enfant est encore petit et que sa viabilité est douteuse, on « conseille à la mère d'attendre le développement de l'enfant aussi longtemps que possible au repos dans le lit et à la clinique ». Cette proposition fut acceptée. Quatre semaines après hystérotomie extrapéritonéale, après qu'il s'était produit plusieurs hémorragies à chaque tentative d'interrompre le repos.

Historique de l'opération. — Très profonde *Plica vesico-uterina*. « Le besoin de péritoine à la paroi antérieure du segment utérin très fortement dilaté par le *placenta prævia* situé à cet endroit semble plus assuré par la dilatation que par la transmigration. » Péritoine à la paroi utérine antérieure excessivement fin et sujet à se déchirer, difficile à détacher. Malgré cela on peut de la façon habituelle dégager par opération extrapéritonéale une portion suffisante de l'utérus. « Paroi utérine dans la région de la section épaisse seulement de 2 millimètres, très relâchée. » On arrive au placenta sur toute l'étendue de la section. Malgré cela la perte de sang est si minime qu'on a pu pendant l'incision de la paroi utérine prendre plusieurs épreuves photographiques. La section atteint vers le bas jusqu'à l'orifice de matrice extérieur qui a 3 centimètres de diamètre. Rupture des membranes au bord placentaire supérieur. Version et extraction : pendant cette opération « la faible fermeture péritonéale se trouve un peu endommagée. » Cela tient en partie à l'amincissement anormal du péritoine dans le cas présent, en partie au fait de ne pas enlever les pinces pendant le développement de l'enfant. On referme la faible ouverture du péritoine ainsi produite par deux sutures entortillées. En raison de la faible hémorragie : détachement du placenta à la main. Le gâteau placentaire se trouve surtout à la paroi antérieure, mais s'étend par derrière en passant au-dessus de l'orifice de la matrice et s'élève là encore bien de la largeur de la main. Le « détachement est difficile, car la paroi utérine excessivement fine et flasque ne présente aucune résis-

tance; il faut craindre de la rompre malgré le contrôle du toucher par la vue. Le détachement ne se peut faire malgré toutes les précautions, qu'en déchiquetant le placenta. » Après l'enlèvement des annexes on voit dans l'orifice de matrice extérieur une ouverture en forme de diaphragme, ayant 3 centimètres de diamètre et fermant la cavité d'incubation vers le bas. « Le col de l'utérus était entièrement dilaté vers le bas jusqu'à l'orifice de la matrice. L'insertion placentaire va à gauche et en avant jusqu'à 1 ou 2 centimètres de l'orifice de matrice extérieur. » (*Placenta prævia præcípue cervicalis.*) Tamponnement. Suture. « En raison d'une hémorragie assez violente on comprime l'utérus à l'insertion placentaire avant la fermeture de la suture avec des compresses de chlorure de sodium chaudes et bien exprimées qui ont un effet hémostatique remarquable. » Après la fin de l'opération abdominale contre-tamponnement en partant du vagin, car il dégouttait quelques gouttes de sang vers le bas. Perte de sang totale pendant l'opération, environ 250 grammes.

A l'examen une heure et demie après l'opération, le tamponnement était fortement imbibé; la perte totale depuis l'opération s'élève à environ 100 à 150 centimètres cubes, sans qu'on eût fait quelque chose de spécial pour l'arrêt du sang. A partir de ce moment plus d'hémorragie.

Enfant long de 49 centimètres, poids 2.800 grammes, vivant.

Couches. — Evolution rapide. Température maximale jour qui suivit l'opération : 37°8. Le troisième jour

après l'opération la malade se leva pour la première fois. L'enfant nourri au sein prospère. Le dixième jour irritation facilement inflammatoire des seins. L'enfant est retiré. Renvoyée le dix-huitième jour bien portante et capable de travailler.

D'après une bande de tissu prélevée pendant l'opération sur la paroi cervicale on voit à l'examen microscopique que la réaction de tissu de caduque va en bas jusqu'au péritoine.

**Résultat pour les accouchements par hystérotomie :
huit mères vivantes et bien portantes et huit enfants vivants
et bien portants.**

« Ainsi qu'il ressort de la récapitulation je me suis abstenu de traiter le *placenta prævia* par l'hystérotomie extrapéritonéale en cas d'anémie et d'infection pouvant menacer la vie de la mère, ainsi qu'en cas de non-viabilité et de mort de l'enfant. Peut-être qu'une expérience plus riche pourra étendre le domaine d'application de cette opération.

« Les prescriptions de traitement qui suivent constituent seulement un premier essai de perfectionner pour la mère et l'enfant le pronostic d'accouchement en cas de *placenta prævia*.

« Toute femme, chez laquelle on établit avec certitude le *placenta prævia* par suite d'hémorragie ou par examen intérieur, sera aussitôt délivrée par hystérotomie extrapéritonéale suivie du tamponnement de l'insertion placentaire, du moment que l'enfant vit et que l'asepsie de l'accouchement est assurée. »

« Si l'enfant « n'est pas viable », et si l'hémorragie n'est pas menaçante, on essaie d'attendre par le repos au lit que l'enfant soit viable et de pratiquer ensuite l'hystérotomie extrapéritonéale. Si des hémorragies violentes et répétées ne permettent pas d'attendre que l'enfant soit viable, on provoque la naissance spontanée par version podalique combinée.

« Si l'enfant est mort et dans certaines circonstances aussi quand l'enfant n'est pas viable, il y a lieu d'essayer sans exercer de traction, de limiter par des opérations de réduction, la dilatation dangereuse de l'insertion placentaire par un accouchement spontané.

« Si la mère vient se faire traiter « anémiée », au point qu'on croit ne pouvoir prendre le temps nécessaire à l'hystérotomie et à ses préparatifs en raison du danger de mort, on s'efforce immédiatement d'arrêter l'hémorragie par la version podalique combinée et on utilise le temps qui s'écoule jusqu'à l'accouchement spontané pour augmenter les forces de la mère par tous les fortifiants possibles (*per os, per rectum, par injection sous-cutanée*).

« Si « l'infection » de la mère est « reconnue », on pratique la version podalique et l'on attend la naissance spontanée, si on ne veut pas, quand l'enfant est vivant, se résoudre à la fistule des téguments abdominaux de l'utérus.

« Si, d'après les faits antérieurs et les constatations faites, la femme est seulement soupçonnée d'infection, on la mettra au lit à la quarantaine pendant douze, ou vingt-quatre heures, si elle peut attendre. Si dans cet

intervalle, il se déclare une infection, on devra procéder comme dans les cas d'infection, sinon comme dans les cas aseptiques.

« Dans tous les accouchements *per vias naturales* on tamponne le corps utérin modérément, le col de l'utérus plus fortement et la voûte vaginale fortement, dès qu'il se produit après le détachement du placenta la moindre hémorragie.

« On pourrait aussi vouloir satisfaire par l'hystérotomie vaginale ou l'opération césarienne classique au principe que j'ai établi qu'en cas de *placenta prævia* tout effort de naissance normale doit être entravé, car il constitue le danger principal pour la mère et l'enfant.

« Les essais d'opération césarienne vaginale que j'ai plusieurs fois pratiqués — et cela toujours avec plein succès pour la mère et l'enfant — ne me satisfirent pas. Il est vrai qu'il y a des gens qui considèrent cette opération comme un jeu. Même de tels virtuoses n'oseront pas nier que dans une plaie plate où tout peut être embrassé par la vue, on opère avec plus d'aisance que dans un tube où il faut d'abord tirailler les parties, surtout quand on a affaire à un tissu aussi sanguin et aussi sujet à se déchirer que cela peut se produire au point d'insertion du *placenta prævia*. Les explications claires de Krönig devraient mettre les autres personnes en garde de s'instruire par le dommage qu'ils peuvent occasionner. Le tiraillement de l'insertion du placenta dans l'opération césarienne vaginale est une « forme artificielle de la dilatation », qu'il faudrait éviter pour la même raison que la dilatation naturelle.

« A l'opération césarienne classique, je préfère pour le traitement du *placenta prævia* l'hystérotomie extrapéritonéale, car elle constitue à mon avis, un perfectionnement. Je ne vais ajouter à cette opinion que j'ai justifiée ailleurs¹, que deux nouveaux points de vue qui ont été établis par une expérience plus étendue.

« L'opération césarienne classique lésionne sans nécessité le centre de l'appareil d'incubation et de gestation, au lieu du conduit de sortie, comme ce serait logique. Pourquoi l'incision de l'utérus ne se ferait-elle pas à l'endroit où la nature demande par son hypertension qu'on pratique l'incision qui doit prévenir le déchirement? On se conforme pourtant d'habitude aux avertissements de la nature et l'on évite la rupture en pratiquant à temps une incision à l'endroit de l'hypertension, telles que section périnéale, section vaginale périnéale, opération césarienne vaginale, hystérotomie extrapéritonéale et section de la symphyse. La technique opératoire s'efforce de faire coïncider en gros la direction de l'incision avec la voie tracée par la nature dans les déchirures spontanées, c'est-à-dire perpendiculairement à la principale direction de tension. On coupe, pour la section périnéale et pour l'incision périnéale vaginale dans le sens de la longueur, pour la laparotomie vaginale, dans la voûte vaginale en travers ou en oblique, pour la section césarienne vaginale et l'hystérotomie extrapéritonéale dans le segment utérin inférieur dans le sens de la longueur, pour la modification de Kehrer de l'opération césarienne

¹ Selheim, passage cité : *Centralblatt für Gynäkologie*, 1908, n^{os} 5, 10, 20.

rienne et pour la délivrance suprasymphysienne de Frank en travers, dans le segment utérin inférieur, pour la scissure du bassin dans le sens de la symphyse.

« Seule la technique de l'opération césarienne classique ne tient pas compte des indications que donne la nature. L'endroit et la direction de la section y sont choisis arbitrairement au point de vue de la conformation naturelle. Il n'est donc pas étonnant qu'on pénètre souvent dans le placenta sans utilité :

« Dans la mesure où l'on peut déjà maintenant apprécier les résultats, « l'hystérotomie extra-péritonéale promet aussi une meilleure *restitutio ad integrum* que la section césarienne classique ». L'utérus lui-même n'est blessé que dans le conduit de sortie. La section longitudinale, pratiquée à cet effet, peut être réunie très exactement avec des points de suture entortillée en une matière résorbable et être encore surmontée par une seconde suture à points passés. Les résultats de la section césarienne vaginale prouvent la forte tendance à guérir qu'a la région utérine ainsi blessée. « Le péritoine, relevé vers le haut et de nouveau réuni en écartant une bande adhérent quelque peu fortement à la poche, peut être facilement tiré vers le bas en forme de *plica vesico-uterina* au moyen de sutures entre la poche et l'utérus ; les surfaces écorchées de ces organes voisins se trouvent ainsi de nouveau tapissées de péritoine. » Le tissu conjonctif prépéritonéal assez lâche est fixé à la surface inférieure du rectum. La reconstitution anatomiquement exacte des téguments abdominaux d'après la coupe de Pfaunenstiel a suffisamment été éprouvée.

« Même si après tous les éloges prodigués à l'hystérotomie extrapéritonéale, je voulais concéder qu'on peut enfin de compte tout aussi bien arrêter avec l'opération césarienne classique l'effet préjudiciable du travail d'enfantement, « l'hystérotomie extrapéritonéale présenterait encore toujours l'avantage de dégager directement l'endroit qui saigne et de le rendre le plus commodément accessible pour le traitement ».

« La thérapeutique préconisée pour le *placenta præ-via* se trouve en opposition flagrante avec notre abstention habituelle et éprouvée d'intervenir dans le cours naturel de l'accouchement. « Mais si les conditions naturelles sont bouleversées au point que la mère et l'enfant sont en danger de mort par l'action autonome des forces naturelles, il faut qu'un traitement spécial empêche l'accouchement normal. » « C'est se tromper » que de maltraiter l'endroit qui saigne par « distraction » de l'enfant, c'est se tromper que de perdre, dans la période des annexes, son temps avec des moyens hémostatiques qui ne constituent qu'un appel à la contraction de la région blessée qui a été inutilement dilatée. Le tamponnement est bien souvent insuffisant; il provoque, il est vrai, la thrombose, mais en le pratiquant par le bas, même le praticien le plus exercé ne sait pas, s'il n'est pas trop fort, trop lâche ou à l'envers de la bonne direction. « Il convient de préserver l'endroit qui saigne de toute « distraction », de le dégager d'une façon commode et sans le faire souffrir et de le rendre accessible au traitement voulu. » Il nous faut arrêter la fonction normale de l'utérus, si elle nous paraît nuisible, de même que nous paralysons le

mouvement péristaltique de l'intestin, s'il contribue à aggraver le cours d'une maladie. On arrête la fonction physiologique, afin de restreindre l'action pathologique.

« En ce qui concerne ce progrès de traitement dont bénéficie le *placenta prævia*, nous ne croyons pas nécessaire aujourd'hui de déclarer qu'il faut appliquer à l'obstétrique ce qui est depuis longtemps un principe en chirurgie. On admet plus facilement de nouvelles idées, si l'on reconnaît qu'on a déjà ailleurs rendu hommage au même principe. L'obstétrique connaît des cas analogues. Le meilleur exemple est celui de « la grossesse extra-utérine ». Là, on n'attend non plus que la « collision des fonctions », vu l'insertion pathologique de l'ovule qui se produit dans des conditions semblables, soit devenue « un danger de mort évident » pour la mère. On pratique la laparatomie dès qu'on a établi le diagnostic de cet état dangereux. On fait l'opération, parce qu'on prévoit une hémorragie ou parce qu'il s'en est déjà produit, sans qu'il faille pour un cas quelconque la juger plus dangereuse que pour le *placenta prævia*.

« Pour le *placenta prævia*, on doit se décider d'autant plus facilement à intervenir immédiatement que le diagnostic de cet état si dangereux est plus certain, qu'on peut de toute façon éviter difficilement une opération et qu'on a encore bon espoir de sauver avec la mère l'enfant lui-même.

« Si on limite l'hystérotomie extra-péritonéale aux cas aseptiques, « le danger pour la mère » n'est pas plus grand que dans les interventions obstétricales néces-

saïres et répétées pour le *placenta prævia*, qui sont encore non continues et auxquelles il faut procéder avec précipitation. Parmi les opérations qu'on peut dire obligatoires pour le traitement du *placenta prævia*, la première, c'est-à-dire la version combinée est difficile ; la deuxième, le tamponnement surtout dans la situation du gâteau placentaire du cas présent est pénible et peut, par conséquent, rarement se pratiquer convenablement et à l'abri de toute critique au point de vue de l'asepsie.

« La nouvelle méthode de traitement sauve l'enfant sûrement, l'ancienne ne s'en soucie pas le moins du monde, si elle veut du moins favoriser la mère.

« Espérons que des preuves plus étendues et qu'une technique meilleure contribueront à réaliser entièrement toutes les belles espérances qu'on commence à avoir pour la délivrance par incision dans les cas de *placenta prævia*. »

Nous disons plus haut que la méthode de Selheim nous paraît être la méthode de choix, et l'on a pu voir par la lecture de cet article quelles raisons (raisons qui sont celles de Selheim) nous le font croire.

Raison de technique, d'une part, qui logiquement fait pratiquer l'incision devant prévenir la déchirure, sur le canal cervico-segmentaire, c'est-à-dire à l'endroit où l'hypertension la fait craindre.

De plus elle évite de léser sans nécessité le centre de l'utérus.

D'autre part, elle semble promettre une meilleure *restitutio ad integrum* que la césarienne classique.

Enfin, dégageant l'endroit qui saigne, elle permet de le rendre plus accessible pour le traitement. Et, avec Selheim, nous croyons que cette méthode présente le plus de garanties possible pour prendre directement, et cela sous le contrôle de la vue, toutes les mesures pour arrêter l'hémorragie ; mesures que Selheim expose fort bien, et parmi lesquelles les essais d'application de compresses imbibées d'une solution chaude de chlorure de sodium et bien exprimées avant de s'en servir nous ont paru avoir remarquablement fait leurs preuves pour arrêter l'hémorragie.

Sans doute, il peut se produire des hémorragies secondaires, mais il sera exceptionnel qu'elles se produisent si on a pris quelques précautions préventives avant de fermer la plaie, et si, avant de suturer, l'on s'est bien assuré qu'il n'y a rien à craindre de ce côté.

L'on a pu voir aussi combien Selheim est formel dans ses conclusions en faveur d'une intervention sanglante préventive dans le *placenta prævia*. Et pourtant dans les cas qu'il rapporte il n'a pas observé de mort chez la mère. Ne conclurait-il donc pas plus fermement encore, s'il avait connu un de ces désastres que nous citons dans nos observations ?

Serait-ce à dire que nous devons nous rattacher hardiment à la théorie de Selheim et opérer résolument tous les cas de *placenta prævia* ? Sans doute les résultats heureux et fort concluants de Selheim sont assez encourageants à entrer dans cette voie. Cependant nous ne croyons pas que l'on doive être aussi catégorique, et quelque difficile à prévoir que soit la rupture, nous estimons qu'il ne faut intervenir que dans les cas seuls

où l'on craint un éclatement du segment inférieur.

L'on peut, d'ailleurs, tirer de l'étude clinique quelques indications permettant de reconnaître les cas où il faudra craindre la déchirure et la prévenir.

C'est ainsi que l'on pourra en cas de *placenta prævia* poser comme indications pour intervenir :

La multiparité ;

L'endométrite ;

Le placenta central ;

Un état anémique grave de la femme.

Et sur ce point l'opinion de M. Voron diffère de celle de Selheim. Ce dernier, en effet, recommande de laisser l'accouchement s'effectuer spontanément chez les mères anémiées.

Nous estimons, au contraire, avec M. Voron que là, peut-être plus qu'ailleurs, il faut intervenir si l'on veut souvent éviter un désastre.

De tout ceci, il résulte que le tamponnement qui est une très bonne méthode, ne doit pas être absolument rejeté : il pourra rendre parfois des services signalés, malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et il a échoué dans les cas que nous publions.

De même, l'hystérectomie ne doit pas être radicalement condamnée. Elle reste une arme de secours pour être employée en ultime ressource, lorsque la déchirure n'aura pas été prévue, et que le tamponnement aura échoué. Mais elle ne reste que cela, et encore dans ces cas-là, même appliquée précocement, il ne faudra pas attendre grand résultat de cette méthode. Elle doit néanmoins toujours être employée, car elle permettra peut-être de sauver une existence humaine.

La méthode de choix est donc la césarienne préventive ou mieux l'hystérotomie extrapéritonéale. Le délicat est alors de savoir prévoir, car nous ne sommes pas encore bien à même de dire si tel segment inférieur résistera à la distension, ou si tel autre se déchirera au moindre effort.

Du moins, en attendant que l'on puisse tirer de la clinique et des observations une règle plus précise, pourra-t-on se fier aux indications que nous avons données.

Sans doute, nos vues sont-elles encore un peu trop théoriques, et c'est malheureusement le plus gros reproche qu'on puisse leur faire. Mais il n'empêche, malgré tout, que ce serait bien la seule thérapeutique vraiment logique dans les faits analogues à ceux que nous venons d'étudier.

CONCLUSIONS

Nous relatons 18 observations dont 5 personnelles de rupture spontanée du segment inférieur au cours de l'accouchement avec insertion vicieuse du placenta.

Nous entendons par rupture spontanée celle où l'on ne peut pas incriminer de traumatismes obstétricaux, le passage spontané du fœtus amené par la contraction utérine paraissant seul responsable.

Ces ruptures nous semblent dues aux modifications profondes de structure, et aux altérations de la paroi, dont le segment est le siège, lorsqu'il sert de lieu d'insertion au placenta.

L'existence de ces ruptures dont la terminaison, malgré l'hystérectomie, est presque fatalement la mort (11 morts sur 13 cas), peut au sujet de la thérapeutique du *placenta prævia* soulever une question intéressante.

Doit-on continuer à employer seulement les procédés obstétricaux qui supposent la dilatation d'un segment malade par un corps volumineux (fœtus, ballon) ?

Ou au contraire, faut-il recourir d'emblée à l'extraction abdominale du fœtus, seule capable de ménager toujours le segment inférieur ?

Certains auteurs allemands se déclarent délibérément pour cette seconde façon d'agir, et elle nous paraît à nous-mêmes logique, à condition qu'on en restreigne l'emploi aux seuls cas où la rupture du segment paraît plus à redouter (multiparité, endométrite, placenta central) et aux malades qui ont été anémiées à tel point par des hémorragies antérieures, qu'elles supporteraient difficilement une déchirure des parties molles génitales, suivie de nouvelles hémorragies, et plus ou moins de l'hystérectomie.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

FABRE.

LE DOYEN,

HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 décembre 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTEMBACH, *de la Compression élastique de l'abdomen comme agent hémostatique* (thèse de Lyon, 1909).
- AUVARD, *Traité pratique d'accouchement*.
- BALLERAY, Specimen of placenta prævia, New-York Academy of Medicine, section d'obstétrique et de gynécologie, séance du 25 avril 1907 (*Med. Record*, 2 novembre 1907, p. 751).
- DE BELVAL, *Contribution à l'étude des déchirures du segment inférieur et de leur traitement* (thèse de Lyon, 1900).
- DE BOVIS, les Hémorragies *post partum* du placenta prævia et leur hémostase (*Semaine médicale*, 24 février 1909, p. 85).
- GUILLOIS, Placenta prævia, rupture spontanée de l'utérus après l'accouchement. Mort (*L'Anjou médical*, octobre 1905).
- LÉA (Arnold), Un cas de rupture utérine et de placenta prævia (*Journ. d'Obst. et de Gynécol. de l'Empire britannique*, décembre 1904).
- KERMANN, Placenta prævia. Rupture spontanée complète de l'utérus, avec issue partielle du placenta et totale du fœtus dans la cavité abdominale (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1902, p. 589).
- MAXWELL, Rupture of the uterus in placenta prævia, Obstetrical Society of London, séance du 3 juillet 1901 (*Brit. Med. Journ.*, 13 juillet 1901, p. 81).
- RIBEMOND DESSAIGNES, *Précis d'Obstétrique*.
- ROULLAUD, du Rôle des vaisseaux dans les ruptures utérines (*Annales de la Société Obstétricale de France*, 1908, p. 100).
- SAUVAGE, Thèse de Paris, 1902.
- SELHEIM, des Dangers de la tendance à l'accouchement spon-

tané en cas de placenta prævia et de leur réduction par l'hystérotomie extrapéritonéale (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1908, octobre, n° 40).

SNASCHTSCH, *Die Behandlung der Nachgeburts blutungen im Fraüenspital Basel-Stadt* (thèse de Bâle, 1907).

VORON, Placenta prævia central. Déchirure du segment inférieur (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, février 1909).

VORON et GONNET, Placenta prævia. Rupture du segment inférieur. Hystérectomie. Mort (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, mars 1909).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	7
GÉNÉRALITÉS	9
OBSERVATIONS.	11
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	28
PATHOGÉNIE.	30
SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC	35
PRONOSTIC.	37
TRAITEMENT.	39
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE.	81

